UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1954 - N° 126

CHOC AMPHÉTAMINIQUE ET PITHIATISME

Étude du traitement des accidents moteurs pithiatiques par l'injection intra-veineuse de PHENYL-1 - AMINO-2 - PROPANE DEXTROGYRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Juillet 1954

PAR

Bernard DUCASSE

Élève à l'École de Santé Navale
Diplômé de Médecine Coloniale

Né à BESANÇON, le 30 Juin 1930

Examinateurs de la Thèse

MM. CREYX, Professeur ..... *Président*
JOULIA, Professeur ..... *Juges*
LE COULANT, Agrégé ..... *Juges*
BERGOUIGNAN, Agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE
21-23, rue Teulère

1954

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543913_0109

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1954 - N° 126

CHOC AMPHÉTAMINIQUE ET PITHIATISME

Étude du traitement des accidents moteurs pithiatiques par l'injection intra-veineuse de PHENYL-1 - AMINO-2 - PROPANE DEXTROGYRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Juillet 1954

PAR

Bernard DUCASSE

Élève à l'École de Santé Navale
Diplômé de Médecine Coloniale

Né à BESANÇON, le 30 Juin 1930

Examinateurs de la Thèse

MM. CREYX, Professeur ..... *Président*
JOULIA, Professeur ..... *Juges*
LE COULANT, Agrégé ..... *Juges*
BERGOUIGNAN, Agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE
21-23, rue Teulère

1954

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, L. CHELLE
DOYEN : M. G. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. R. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, PERRENS, CRUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	CREYX.
id.	BROUSTET.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
id.	MASSÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.
Anatomie	DUFOUR.
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et clinique de la tuberculose.	PIECHAUD.
Médecine légale et Médecine du travail	DERVILLÉE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL.
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
Pathologie généraleet expérimentale.	SARIC.

	MM.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DUBARRY.

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

BLANQUET (Physique pharmaceutique)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

	MM.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Bactériologie	MOUSTARDIER.
Anatomie pathologique	LÉGER.
Anatomie	RIGAUD.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.

	MM.
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
id.	QUILICHINI.
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX
Biochimie médicale	NEUZIL.
Pathologie expérimentale	FAURE.

Chargé des fonctions de Maître de Conférences Agrégé : R. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN.
id.	LENG-LÉVY.
id.	LAVIGNOLLE.
id.	MORETTI.
Chirurgie générale	LAUMONIER.
id.	CHAVANNAZ.
id.	VILLAR.
id.	TINGAUD.
id.	DEPAULIS.
Obstétrique	CHASTRUSSE.

	MM.
Obstétrique	FAUGÈRE.
Ophtalmologie	BESSIÈRE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE.
Electro-radiologie	LACHAPÈLE.
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.
Accouchements	CHASTRUSSE.
Puériculture	VERGER.
id.	PÉRY.
Législation pharmaceutique	COUSTOU.
Obstétricie Sociale	MAHON
Anatomie	CABANIÉ
Cryptogamie	LAUBIE.
Physique médicale	DUHAMEL

	MM.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE.
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE.
Chimie analytique	BABIN.
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.
id.	VILLAR.
Physiologie	BENELLI.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.

Le Secrétaire Principal de la Faculté : M. ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA FEMME

A MON FILS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Médecin Général de 1re Classe TABET

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Commandeur de la Légion d'Honneur
Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique
Officier du Mérite Maritime

A Monsieur le Médecin Chef de 1re Classe CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de guerre 1939-1945

A Monsieur le Médecin Chef de 1re Classe PASQUET

Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de guerre 1939-45

A Monsieur le Médecin Chef de 2e Classe PICARD

Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier d'Académie

A Monsieur le Médecin de 1re Classe NAVARANNE

Assistant des Hôpitaux Maritimes
Croix de guerre 1939-45

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur M. BERGOUIGNAN

Agrégé de Médecine générale
Médecin des Hôpitaux
Croix de guerre
Officier d'Académie

Monsieur le Docteur LE COULANT

Agrégé de Dermatologie et Syphilographie
Médecin Dermato-Vénérologiste des Hôpitaux
Officier d'Académie

Monsieur le Professeur P. JOULIA

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
Expert de l'Organisation Mondiale de la Santé
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Instruction Publique

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur M. CREYX

Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de guerre
Officier de l'Instruction Publique

INTRODUCTION

Si les conceptions sur la pathogénie de l'hystérie se sont quelque peu modifiées depuis que Babinski mit en relief, au début du XX^e^ siècle, le rôle de la suggestion dans la genèse de ses manifestations, il n'en reste pas moins que le traitement, essentiellement psychothérapique qu'il mit au point, et qui donna d'excellents résultats, reste toujours le même dans son principe ; cette psychothérapie pouvant être fondée sur une analyse plus ou moins profonde des composantes psychiques, et appuyée par divers procédés d'invigoration, au premier rang desquels se trouvait, depuis la guerre de 1914-1918, le courant faradique.

Il y a trois ans, L. Bertagna a proposé de remplacer le courant faradique par l'injection intraveineuse d'amine psychotonique. Ce corps chimique était déjà utilisé en psychiatrie depuis plusieurs années, mais jusque-là, dans un but uniquement diagnostique, du fait de ses propriétés sur les centres nerveux supérieurs : levant les barrages de la conscience, il aidait à mettre à jour, en les accentuant, certaines tendances pathologiques du subconscient. Les résultats obtenus dans diverses affections psychiatriques (psychoses, schizophrénies, mutismes), donnèrent à cet auteur l'idée de l'essayer dans les psychonévroses ; « l'idée était toute théorique, écrit-il, issue de l'analogie établie par P. Janet, entre le mécanisme psychologique de l'obsession et celui de la manifestation somatique du pithiatisme, l'un et l'autre pouvant apparaître comme une conséquence d'une chute de la tension psychologique ».

Ayant eu la bonne fortune d'observer en quelques mois plusieurs succès de cette thérapeutique en milieu militaire, il nous a paru intéressant de rapporter ces observations (recueillies à l'Hôpital maritime Sainte-Anne à Toulon) et de faire, à ce propos, une étude de cette méthode thérapeutique, en insistant sur son application à la psychiatrie militaire.

Notre sujet se borne à l'étude du choc amphétaminique dans le traitement des accidents moteurs du pithiatisme, l'utilisation de l'amine psychotonique pouvant être effectuée dans d'autres circonstances chez un hystérique.

CHAPITRE PREMIER

LES TROUBLES MOTEURS PITHIATIQUES

Il n'est pas dans nos intentions d'aborder la si vaste question des aspects séméiologiques de l'hystérie, tant dans le domaine psychologique que dans le domaine clinique ; pas davantage d'étudier les conceptions physiopathologiques, étiologiques, pathogéniques de la névrose. Ce serait s'éloigner grandement des limites de notre travail. Mais il nous paraît indispensable, avant de s'intéresser à leur thérapeutique, de préciser rapidement ce que nous entendons ici par troubles moteurs pithiatiques.

POROT définit l'hystérie comme « une disposition mentale particulière, tantôt constitutionnelle et permanente, tantôt accidentelle et passagère, qui porte certains sujets à réaliser des apparences *d'infirmités physiques*, de *maladies somatiques*, ou d'états psychopathiques. Les réalisations produites peuvent être créées d'emblée et de toutes pièces (accidents hystériques primitifs) ou, au contraire, apparaître comme des surcharges, des exagérations, ou des prolongations d'un état morbide légitime à son origine (associations hystéro-organiques) ».

Ces apparences « d'infirmités physiques », « de maladies somatiques », peuvent intéresser le système nerveux végétatif et, par l'intermédiaire de celui-ci, les différents viscères. Elles peuvent surtout intéresser le système nerveux de la vie de relation, réalisant des troubles sensitifs et sensoriels de toutes

sortes (anesthésies, pseudo-cécité, pseudo-surdité, etc...) et des accidents moteurs, que nous aborderons seulement ici.

Certains de ces accidents moteurs surviennent de façon paroxystique et spectaculaire : ce sont les crises ou attaques hystériques. D'autres sont permanents, ou, du moins, plus durables. Ce sont ceux-ci qui feront l'objet de notre travail. Ils peuvent réaliser des aspects très divers, qu'ils soient purs ou intriqués à des affections organiques authentiques, chirurgicales ou neurologiques :

— *Paralysies* polymorphes, n'altérant pas habituellement les réflexes : monoplégie, hémiplégie, paraplégie, astasie-abasie, etc...

— *Spasmes et contractures* localisés aux membres, au rachis, à l'abdomen : faux pieds-bots, pseudo-coxalgies, camptocormie, pseudo-méningites, pseudo-appendicites, gros ventres pithiatiques, grossesses nerveuses, etc...

— *Tremblements, mouvements anormaux* (pseudo-chorée, pseudo-parkinson, tics, etc...).

— *Troubles du langage* : mutisme, bégaiement, etc...

* * *

L'absence des critères habituels d'organicité, ou la discordance de certains signes, l'association d'anesthésies totales n'occupant pas une topographie anatomique, la négativité des examens complémentaires permettent le diagnostic, ainsi que les circonstances d'apparition, les antécédents, le climat familial ou existentiel, enfin et surtout le support psychique sur lequel apparaissent ces manifestations motrices. C'est ce qu'on a appelé « l'état mental de l'hystérique » : suggestibilité, déséquilibre émotionnel et imaginatif, immaturité instinctivo-affective, égocentrisme (égoïsme et vanité morbides) en sont les principaux éléments, avec aussi une curieuse indifférence et résignation apparente, « tout se passant souvent comme si les malades savaient que leurs troubles ne sont que transitoires ».

A côté des troubles moteurs véritablement hystériques, il en existe d'autres, cliniquement très voisins, dont le substratum organique est imprécis, voire absent, qui apparaissent sur une structure mentale plus ou moins névrotique et qui méritent donc d'être étudiées dans le même cadre et de bénéficier de la même thérapeutique. Troubles « fonctionnels », « psycho-moteurs », « névropathiques », tels sont les vagues titres sous lesquels ils sont habituellement groupés. Les tics, les crampes fonctionnelles, le torticolis spasmodique, des bégaiements en font partie. Certaines de nos observations les concernent.

Chapitre II

RAPPEL DES PRINCIPALES THÉRAPEUTIQUES ANTÉRIEURES

Remonter le cours des siècles pour rechercher les vieilles médecines utilisées pour traiter la « grande hystérie », serait hors de propos dans cette étude, consacrée à ses seules manifestations motrices.

Cependant, il ne nous semble pas possible de passer sous silence ici, l'œuvre de Charcot, qui marqua d'une empreinte si profonde l'interprétation de cette affection, et en proposa une nouvelle méthode thérapeutique.

Nous en rappellerons donc brièvement les principaux éléments, avant d'analyser les méthodes modernes, celles de Babinski, de Clocis Vincent, la narco-analyse, la scopochloralose, l'électro-choc et enfin le choc amphétaminique.

Charcot fut le premier à mettre l'accent sur le caractère épidémique de l'hystérie. Pour en empêcher la propagation, il exigea l'isolement absolu du malade. Dans l'hôpital ou l'asile, où il se trouvait alors enfermé, hors de son cadre familial et social, l'hystérique était dès lors beaucoup plus réceptif aux traitements qu'on lui proposait.

Ceux-ci étaient psychiques et physiques :

— Persuasion, qui pouvait être patiente, lorsque l'autorité du médecin était assez grande vis-à-vis du malade ; mais plus souvent brutale, dite « procédé des thaumaturges », par laquelle on commandait impérieusement au malade des mouvements à

exécuter, on le menaçait et, au besoin, on exécutait la menace, comme pour cette ancienne paraplégique qui ne marcha que quand on eut mis le feu au lit sur lequel elle gisait.

— Hypnose, particulièrement facile à réaliser sur des sujets au psychisme excessivement plastique, et dont les médecins de l'époque avaient une grande pratique. Sous hypnose, ils obtenaient une véritable contre-suggestion, démontraient aux malades l'inexistence de leurs troubles, et leur faisait accomplir les mouvements jusqu'alors impossibles.

Les agents physiques comprenaient principalement l'électricité, aux propriétés encore mystérieures, et qui associait ainsi, à la brutalité de son action, la crainte qu'elle inspirait aux malades, et l'aimantation.

— L'électricité était utilisée sous forme de courant statique, faradique et surtout galvanique, le plus facile à manipuler. On appliquait les électrodes sur la partie du corps malade, et on faisait passer une ou plusieurs décharges rapides, au moyen d'une pile de 10 volts, en général. Le courant galvanique était essentiellement indiqué dans les troubles de la sensibilité.

— L'aimantation, obtenue par application, au niveau de la paralysie ou de la contracture, des pôles d'un gros aimant métallique, pesant jusqu'à 50 kilos, réalisait un « transfert » du trouble hystérique du côté sain. On cherchait à « épuiser » la maladie par une succession de ces transferts.

D'autres médications accessoires venaient renforcer l'action de celles-ci : l'hygiène, les médicaments toniques et calmantes, l'hydro-balnéothérapie. Nous ne pouvons que les citer ici.

I. — Babinski.

Il a suffi que, sous l'influence de Babinski, disparaisse l'atmosphère de « culture » médicale entretenue autour d'eux, pour que se raréfient de façon considérable les cas d'hystérie. Pour cet auteur, dès l'examen du malade, il y a une certaine attitude à prendre, qui évitera tout nouvel apport de sugges-

tion : laisser parler le malade sans lui poser de question, pratiquer l'examen objectif dans le plus grand silence. Pour la recherche de la sensibilité, où le dialogue est indispensable, Babinski clôt les yeux du malade avec un bandeau et lui demande de décrire tout ce qu'il sentira, sans interrogation. Il cherche toujours à le prendre en défaut, à le dérouter par une grande variété de recherches simultanées. Ainsi le diagnostic est rapidement établi, en évitant tout nouvel apport suggestif. Immédiatement commence le traitement par contre-suggestion. Il faut prouver que les troubles allégués n'ont aucune réalité, et en persuader le malade. Pour cela, Babinski ne se laisse pas arrêter par une vaine sensiblerie. Il cherche à ébranler l'inconscient de telle manière que cède la barrière qu'il oppose à l'évidence. Tantôt la seule autorité du médecin suffit, tantôt il est nécessaire de s'aider de l'action psychothérapique du courant faradique (petit chariot de Dubois-Reymond armé d'une bobine de six volts avec, comme induit, une bobine de fil fin), ou de tout autre moyen susceptible de mettre en jeu l'automatisme psychologique. L'essentiel est que le médecin soit sûr de son diagnostic et de l'efficacité de sa technique, qu'il impose d'emblée son autorité au malade, et qu'il ne lâche pas avant d'en avoir terminé, ce qui nécessite parfois une grande résistance physique, certaines séances pouvant durer une heure et plus.

II. — Clovis-Vincent.

Cependant la guerre de 1914-1919 devait provoquer une recrudescence de ces accidents, dans la zone des combats, à tel point que les autorités militaires dûrent créer des centres neuro-psychiatriques particulièrement affectés au traitement et à la rééducation des névropathes. Ces centres étaient situés à l'avant, pour éviter toute perte de temps préjudiciable à l'effet de la thérapeutique, et ne pas laisser croire aux blessés qu'on les considérait comme de grands malades. En de pareilles circonstances, la méthode de Babinski s'avérait trop lente, et

nécessitait un abondant personnel difficile à trouver. Aussi Clovis-Vincent la modifia-t-il et mit au point le « torpillage », nom donné à sa méthode par tous les combattants sur le front, car sa réputation avait franchi la limite des centres neuro-psychiatriques, et était connue de tous les « poilus » sur lesquels elle avait un véritable effet prophylactique.

Cette méthode doit être précédée d'un temps de préparation mentale, qui ne peut se faire sans la neutralisation préalable des influences du milieu ; aussi l'isolement est-il absolument indispensable. Le but de cette préparation doit être l'orientation de l'esprit du malade vers la conviction de la guérison prochaine, et l'évocation des inconvénients, résultants pour l'avenir, du maintien du *statu quo*.

Le deuxième temps de la thérapeutique, dit temps de déclenchement, est caractérisé par l'emploi systématique du courant faradique, utilisé avec une intensité de 30 à 35 milliampères, sous 75 volts (Babinski utilisait une pile de 10 volts). La durée de l'application est courte, cinq minutes au total, répartie sur une heure, par fractions de dix à vingt secondes. Pendant les applications, le médecin exhorte de toute sa volonté le malade à poursuivre activement le geste commencé à l'aide du courant. Une fois la guérison obtenue — en principe une seule séance suffit, parfois une deuxième est nécessaire si l'accident est ancien, ou le fond mental du sujet particulièrement débile — on consolide les résultats obtenus ; c'est le troisième temps de la méthode. Il est indispensable, car les guérisons sont toujours fragiles, toutes prêtes à être remplacées par des troubles de substitution. Il s'agit principalement d'exercices d'assouplissement, de gymnastique, effectués pendant une ou deux semaines dans le centre neuro-psychiatrique lui-même, sous la direction d'un personnel sanitaire spécialisé. A la fin de ce traitement, Clovis-Vincent avait demandé aux autorités militaires que ces malades ne bénéficient pas de congés de convalescence à passer dans leurs familles, pour éviter toute nouvelle contagion. Au contraire, on renvoyait immédiatement les soldats dans des formations militaires, en cherchant seu-

lement à les changer d'affectation, de telle sorte qu'ils ne retrouvent pas les camarades et l'ambiance au milieu desquels avaient eu lieu leurs accidents. La proportion des guérisons obtenues par ce procédé fut de 90 %. En ce qui concerne les irréductibles, les neuro-psychiâtres de guerre estimaient que si la réforme s'imposait quelquefois, elle devait être prononcée sans gratification. « C'était, disait Clovis-Vincent, une question de haute moralité. »

III. — Autres procédés thérapeutiques.

La guerre finie, le nombre des accidents de ce genre redevint tout de suite beaucoup plus faible. Cependant, le pithiatisme représentant toujours un chapitre mal expliqué de la psychiatrie, les neuro-psychiatres cherchèrent d'autres procédés agissant sur ses manifestations, ou à lui appliquer des thérapeutiques utilisées dans d'autres maladies du système nerveux. D'autre part, le torpillage est une méthode brutale, et il faut éviter, en la pratiquant, que le médecin se laisse aller à des invigorations grossières en paroles ou à des réflexions déplacées qui lui ferait perdre la confiance du malade, et abaisserait sa dignité. C'est pourquoi on a substitué à cette méthode d'autres agents thérapeutiques plus simples ; tels la scopo-chloralose (méthode de Baruk), l'électro-choc, la narco-analyse au pentothal et, plus récemment, le choc amphétaminique.

A) La scopo-chloralose.

La scopo-chloralose est une association médicamenteuse scopolamine-chloralose utilisée d'abord comme hypnotique, mais qui agit en fait par des propriétés neuro-végétatives spéciales : action sédative, ralentissement du pouls, baisse de la tension artérielle moyenne, diminution de l'indice oscillométrique, diminution de l'excitabilité sympathique, en même temps que par la sédation corticale dûe au chloralose. La scopolamine renforce l'action du chlralose.

On utilise la scopo-chloralose à trois doses différentes, qui sont administrées sous forme de cachets *per os* :

— Dose faible { chloralose : 0,25 gr. / bromhydrate de scopolamine : 1/4 mg.

— Dose moyenne { chloralose : 0,50 gr. / bromhydrate de scopolamine : 1/2 mg.

— Dose forte { chloralose : 0,75 gr. / bromhydrate de scopolamine : 3/4 mg.

On commence par la dose faible, pour tâter la susceptibilité du sujet. Le malade, installé dans une chambre calme et obscure, n'ayant aucun moyen de distraction à sa disposition, absorbe le cachet le matin à jeun. Une demi-heure à trois quarts d'heure après l'absorption, il ressent une envie de dormir à laquelle il doit se laisser aller. Il dort ainsi quelques heures, puis reste au lit et à jeun encore quelques heures après le réveil. L'effet du traitement, s'il est favorable, se produit en général le jour-même. Dans la journée, en effet, on voit le malade absolument guéri, se remettre à marcher, ou à accomplir le mouvement jusqu'alors impossible et reprendre ensuite toute son activité.

Toutefois, la dose faible peut être insuffisante. Dans ce cas, après une période de huit à dix jours, nécessaire à l'élimination du produit, on administre la dose moyenne ou forte qui amène alors immédiatement le résultat escompté.

B) L'électro-choc.

L'électro-choc a été utilisé dans les accidents moteurs du pithiatisme par plusieurs auteurs. La technique est la même que pour les autres applications de ce procédé en psychiatrie, le sujet étant à jeun, dans un local calme et peu éclairé. Il faut obtenir une crise complète avec perte de connaissance. A la phase du réveil, on associe une invigoration psychique. Plusieurs électro-chocs peuvent être nécessaires. « Pendant la crise qui suit l'électro-choc, écrit le Professeur Delmas-Marsalet, avant le retour de la conscience, on constate chez certains malades une amélioration transitoire des symptômes,

qui disparaît dès le retour de la conscience. Cependant, chez une malade présentant un tic de la face ancien, on constate que les tics, qui disparaissent quelques instants pendant l'électro-choc, reprennent avant même que le retour de la conscience ait lieu. Chez un autre malade, la guérison d'une dysphonie émotive a lieu après neuf électro-chocs associés à l'invigoration psychique à la phase de réveil. »

Les résultats sont inconstants et généralement inférieurs à ceux obtenus par les autres procédés.

Sur neuf cas d'hystérie traités par les électro-chocs, une statistique de Mareschal, Ben Soltane et V. Corcos montre trois guérisons, trois améliorations, trois états inchangés. Pour MM. Heuyer, Bour et Leroy, l'électro-choc a toujours amené la guérison. Ils pensent que dans ces cas l'électro-choc agit de façon psychothérapique. Une statistique de M. le Professeur Delmas-Marsalet donne :

I) Chez les adultes :

— sur six cas d'hystérie :

3 guérisons,
3 états inchangés, guéris ensuite par torpillage ;

— sur trois cas de tics :

1 guérison,
2 échecs.

II) Chez les enfants :

— sur quatre cas d'hystérie :

2 guérisons,
2 états inchangés ;

— sur cinq cas de tics :

2 échecs partiels,
3 améliorations passagères avec récidive.

On peut donc conclure, avec cet auteur, que le pithiatisme et les tics fournissent des résultats variables, parfois intéres-

sants, parfois nuls, souvent inférieurs dans le pithiatisme à ceux que donnent les moyens d'invigoration (torpillage) et la psychothérapie. L'électro-choc est cependant intéressant pour voir à quel moment de la phase de reconstruction des fonctions réapparaît le phénomène pathologique que l'on désire étudier.

C) La narco-analyse au pentothal.

Dès 1936, Lévy-Valensi emploie l'évipan dans un but diagnostique, pour dépister des atteintes pyramidales frustes. Les auteurs anglo-saxons mettent en œuvre, pendant la guerre 1940-45, l'hypnose au pentothal, pour traiter les grands émotionnés et commotionnés de guerre, le grand nombre de ceux-ci empêchant leur récupération par les lents moyens classiques. C'est par eux que la méthode a été introduite en France, en même temps que le débarquement. Elle y a été surtout étudiée et exploitée par Delay et Cossa.

On utilise le pentothal en solution à 2,5 %, injectée très lentement par voie intra-veineuse. Primitivement, on cherchait à obtenir d'emblée le sommeil, et c'est au réveil qu'avait lieu l'action thérapeutique (narco-analyse et narco-synthèse). Actuellement, on commence l'exploration du subconscient lorsque, sous l'effet de la drogue, le malade manifeste les premiers signes de pré-endormissement (engourdissement physique, bâillement, occlusion des yeux...) ; on arrête alors l'injection et on laisse le sujet parler. Tantôt, spontanément, il décrit lui-même les conflits affectifs ou instinctifs qui sont à la base des troubles actuels. Tantôt, il ne dit rien, soit qu'il n'ait rien à dire, soit, le plus souvent, que le barrage de la conscience soit trop fort pour être levé par la dose de pentothal injecté. Si le malade parle, on aura garde de l'interrompre par des questions inopportunes. Si, au contraire, il reste muet, certaines interrogations directrices peuvent le décider, l'aider à trouver ce qu'il ne peut trouver seul (c'est la narco-analyse, premier temps). Si rien ne peut lever le barrage, on pousse l'injection jusqu'au sommeil complet. Celui-ci dure généralement de 10 à 20 minutes. Au réveil, on reprend l'exploration du sub-

conscient et la psychothérapie jusqu'à mettre entièrement à jour les complexes cachés. On lui fait « prendre conscience » de l'événement ou de la situation traumatisante (c'est le deuxième temps, la narco-synthèse). On constate alors que les troubles, dont on a ainsi découvert et critiqué la cause profonde, s'amendent ou disparaissent progressivement.

La narco-analyse permet également ensuite une psychothérapie plus facile et rapide, le malade ne gardant ordinairement aucun mauvais souvenir du traitement subi, mais au contraire appréciant les résultats déjà obtenus. Il ne s'agit pas, à proprement parler, d'un « sérum de vérité », car, si le malade veut, consciemment, cacher un détail, la drogue ne peut l'en empêcher. Cependant, il est indispensable de prévenir le malade avant la narco-analyse des révélations qu'elle pourra déclencher.

Ce procédé a pu être ainsi utilisé dans des cas d'accidents moteurs névropathiques, avec succès, lorsqu'il y avait à leur base un conflit inconscient et oublié. Par contre, il est inefficace dans les cas très anciens, dans les psychoses.., où il permet cependant de faciliter le diagnostic et la psychothérapie.

D) Le choc amphétaminique.

Le choc amphétaminique, enfin, dernier né dans cet arsenal thérapeutique, a donné des résultats très encourageants, si l'on en juge par les articles déjà parus à ce sujet :

— 14 cas de ce genre rapportés par L. Bertagna, traités par le choc amphétaminique, donnent 14 guérisons ;

— Un gros vente pithiatique (cathiémophrénose) (Bertagna-Lauras) ;

— Un bégaiement hystérique (Delay-Bertagna) ;

— Une surdité hystéro-organique (Delay - Bertagna - Lauras) ;

— Une paraplégie d'origine pithiatique (Dubois),

furent également guéris par cette technique.

C'est à cette méthode qu'est consacré ce travail.

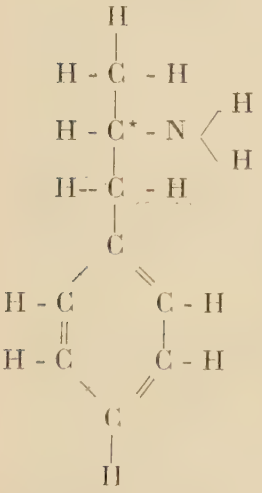
Chapitre III

AMPHÉTAMINES ET CHOC AMPHÉTAMINIQUE

I. — ÉTUDE PHARMACOLOGIQUE DES AMPHÉTAMINES

Le Phényl-1-amino-2-propane racémique a vu le jour aux Etats-Unis, où il fut nommé Benzédrine. G. Berger et H. Dale, en 1910, étudient pour la première fois ses propriétés en Angleterre, à l'occasion d'un travail se rapportant à l'activité des amines sympathico-mimétiques.

Vers la même époque, en 1913, Airilla, étudiant l'éphédrine, en découvre le pouvoir anti-narcotique. En 1930, O. Janata, puis Daniels et Doyle, utilisent l'éphédrine dans le traitement de la narco-lepsie.



Le Phényl-1-amino-2-propane est chimiquement et pharmacologiquement apparenté à l'adrénaline et à l'éphédrine.

C'est en poursuivant des recherches sur la possibilité de préparer des composés de constitution similaire à l'éphédrine, qu'Alles a mis au point la synthèse chimique du Phényl-1-amino-2-propane, et a ouvert la voie à toute une série d'études concernant ce corps et des corps de constitution similaire. Il établit ainsi sa formule :

Il constate que la molécule possède un carbone asymétrique (C*). Ce corps est donc dédoublable en 2 isomères optiques, droit et gauche.

En 1939, il put mettre en lumière les remarquables propriétés céphalotropiques de l'isomère droit.

Les expérimentations de Schulte et ses collaborateurs permettent de démontrer que le clivage de la molécule racémique entraîne une dissociation des propriétés pharmacodynamiques, l'activité psychotonique étant plus spécialement fixée sur l'isomère droit, alors que les propriétés sympathicomimétiques périphériques restent attachées à l'isomère gauche.

Le Phényl-1-amino-2-propane dextrogyre fut ensuite étudié par de nombreux auteurs américains (Prinzmetal et Alles, Davidoff, Hauschild, etc...), dont les conclusions confirmèrent la supériorité considérable de l'isomère droit comme psychotonique et stimulant du système nerveux central.

A) Etude toxicologique.

— Sur l'animal, les résultats sont très discordants. Cependant Delay fixe la dose léthale entre 20 et 40 milligrammes par kilogramme. Les animaux jeunes sont plus résistants que les vieux.

— Sur l'homme, on ignore sa toxicité. Aucun cas mortel n'a été rapporté. Avec 200 milligrammes, en une seule injection, Issekutz a constaté sur lui-même : agitation extrême avec lipothymies, nausées et vomissements, dyspnée et tachycardie.

Il est surtout intéressant d'évaluer la toxicité du Phényl-1-amino-2-propane par rapport aux doses utiles pour produire la stimulation : le dérivé destrogyre est deux fois moins toxique que le dérivé racémique pour un effet thérapeutique équivalent (Printzmetal et Alles).

La marge de sécurité du produit est très grande, le rapport $\frac{\text{dose mortelle}}{\text{seuil stimulant}}$ étant de 80.

B) Etude physiologique.

a) *Sur l'animal* :

Le Phényl-1-amino-2-propane possède deux propriétés distinctes :

— sympathicomimétique,

— excitant du système nerveux central.

L'effet sur le comportement général de l'animal est le plus évident ; Hauschild écrit : « Deux minutes après l'injection de 0,1 à 0,2 milligramme par kilo au rat, par voie intrapéritonéale, les animaux deviennent agités et montrent une motricité augmentée. A des doses plus élevées, l'action devient plus intense. Déjà, à des doses moyennes, de 1 à 5 milligrammes par kilo, le résultat est extrêmement instructif, les animaux s'endorment généralement. L'état d'excitation lui-même se caractérise par une agitation motrice faite de mouvements stéréotypés bien particuliers : les pattes antérieures sont continuellement en mouvement, et pendant de longues heures effectuent des mouvements de brassage. Beaucoup d'animaux présentent des mouvements de manège et certains jonglent avec leur nourriture suivant un rythme régulier. Des mouvements de léchage furent souvent constatés. Malgré ces mouvements de léchage, de rongement et de reniflement, les animaux laissent intactes nourriture et boisson. De plus, il y a élévation de la température centrale, de la tension artérielle. Le péristaltisme intestinal est inhibé, tandis que celui de l'utérus s'accroît et que la diurèse augmente. »

En résumé, on peut conclure à l'existence d'une action centrale dont les points d'attaque, suivant Hauschild, « appartiennent aux régions les plus élevées du système nerveux central, et plus particulièrement le cerveau et les régions sous-corticales. » Par ailleurs, l'action porte vraisemblablement sur les noyaux de la base et est nulle sur la moelle.

b) *Sur le sujet normal* :

Action psychique. — Dans la sphère intellectuelle, le Phényl-1-Amino-2-propane dextrogyre augmente les résultats des tests d'intelligence de 10 à 20 %. Dans la sphère affective, 10 milligrammes *per os* engendrent un état d'euphorie, de l'hyperactivité et un accroissement du goût au travail.

Action physique. — Elle entraîne une diminution de l'impression subjective de fatigue (augmentation considérable de la durée de l'effort physique, sans en diminuer l'intensité).

C) Indications thérapeutiques.

Les amphétamines, et en particulier le Maxiton, sont utilisés dans de nombreuses affections, grâce à leur action élective sur le diencéphale. Ce sont en particulier :

— Les états dépressifs, et en particulier les obsessions ;

— Les états de fatigue physique et intellectuelle, où elles font disparaître la sensation de fatigue, et évitent le sommeil (sportifs, candidats aux examens et aux concours).

— Certaines intoxications, spécialement les comas barbituriques et éthyliques, en association aux traitements classiques ;

— L'obésité et les cures d'amaigrissement ;

— En association avec les barbituriques, dont elles suppriment l'action déprimante, dans l'épilepsie, et plus particulièrement dans les épilepsies de structure morphéique (Delmas-Marsalet) ;

— La narcolepsie, le Parkinson post-encéphalitique, le somnambulisme, l'énurésie (en abaissant le seuil du réveil : d'où leur nom d'amines du réveil) ;

— L'hypotension de posture et les vertiges.

Leurs indications sont, on le voit, toutes les affections où l'on cherche à provoquer une stimulation brusque ou un réveil psychique.

II. — LE CHOC AMPHÉTAMINIQUE

A) Description.

Delay désigne sous le nom de choc anphétaminique, le « choc émotionnel » produit par certains dérivés de la série amphétaminique, qui se manifeste par deux sortes de symptômes :

— Symptômes physiques : poussée hypertensive ;
élévation de la température centrale ;
troubles vaso-moteurs ;
augmentation de l'amplitude respiratoire.

— Symptômes psychiques : réalisant un véritable « déblocage émotionnel » (Delay)

On a utilisé cette propriété psychique dans différents troubles psychiatriques, d'abord dans un but diagnostique, après que Simon et Traube, en 1946, se basant sur les rapport chimiques et pharmacodynamiques étroits existant entre phénédrine et méthédrine, pensèrent utiliser cette dernière dans les états dépressifs. Ils constatèrent alors que l'injection intra-veineuse du produit avait une action très différente, qu'ils schématisèrent ainsi :

— augmentation de la loquacité des malades,

— dans certains cas, décharge émotionnelle intense.

A la faveur de ces deux actions, les auteurs purent redresser ou poser un diagnostic rendu impossible cliniquement du fait du mutisme ou des réticences du malade. Ces travaux furent repris, à la même époque, par Delmont et Vercier, à l'Hôpital Henri-Rousselle, avec l'emploi de la drogue par voie buccale, à la dose de 20 milligrammes par jour. Ces auteurs notèrent l'action fréquemment euphorisante du produit, dans les asthénies et les dépressions constitutionnelles.

Voic la description du choc amphétaminique, telle que la fait L. Bertagna : « Le malade ressent une impression de striction céphalique, sa respiration s'accélère et devient superficielle, sa tension artérielle monte de deux à cinq centimètres de mercure. L'action thymique est remarquable et se traduit souvent dès la première minute par un accès de larmes et une mimique anxieuse... Au bout de trois à cinq minutes en moyenne, la plupart des sujets deviennent euphoriques... Les suites immédiates du traitement tiennent à la persistance de l'action de l'amine psychotonique. Une euphorie d'origine pharmacodynamique s'ajoute à celle de la guérison. »

B) Technique.

Nous allons exposer maintenant la façon de procéder habituellement utilisée, dans le service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Anne, à Toulon. Celle-ci concerne la préparation du malade, la pratique du choc amphétaminique lui-

même, la psychothérapie invigorative qui lui est associée, la conduite à tenir par la suite.

a) *Préparation du malade.*

— *Le choix du malade* doit être rigoureux. Nous avons réservé cette thérapeutique à des accidents moteurs pithiatiques, soit primitifs, soit associés à des troubles organiques, mais dont le diagnostic s'est toujours entouré, non seulement d'un examen clinique complet, mais aussi d'investigations portant sur l'anamnèse, les antécédents, le bilan biologique (sang, urines, éventuellement L.C.R.), l'électro-encéphalogramme.

Une narco-analyse a généralement précédé de quelques jours le choc amphétaminique. Des tests de projection (Rorschach en particulier) sont également intéressants, mais il ne nous a pas toujours été possible de les faire pratiquer, en raison d'une insuffisance de personnel. Disons aussi que la plupart de nos malades avaient, outre la narco-analyse au pentothal, reçu des traitements antérieurs : médicamenteux, physiothérapiques, infiltrations...

— *L'adhésion du malade* nous paraît nécessaire. On ne saurait imposer d'autorité une méthode thérapeutique qui nous fait pénétrer dans la personnalité même du patient (par la décharge émotionnelle expansive qu'elle provoque), ni user de la contrainte dans le traitement d'une affection qui nécessite un climat de confiance. Le malade doit être prévenu, consentant. Ce consentement a toujours été facilement obtenu, dans notre expérience personnelle, même lorsqu'on précisait au malade que la guérison risquait de modifier son taux de pension ! Une véritable préparation psychothérapique, chantant les louanges de la méthode, lui en promettant des effets héroïques, est précieuse. Dans la plupart des cas où le traitement fut efficace mais insuffisant, le malade demandait lui-même que les chocs soient répétés.

b) *Pratique du choc amphétaminique.*

C'est un traitement strictement hospitalier. On l'effectue le matin, sur un malade maintenu à jeun, dont la tension

artérielle est contrôlée avant l'épreuve et surveillée pendant celle-ci. L'injection intra-veineuse est faite sans précaution spéciale, le malade étant étendu. Nous avons employé le Maxiton fort Delagrange (ampoules dosées à 10 milligrammes de tartrate de phényl-1-amino-2-propane dextrogyre), dont nous injectons une demie à une ampoule, selon la constitution physique et l'équilibre neuro-végétatif de nos patients.

Nous n'avons pas constaté d'accident ou d'incident immédiat. La rougeur du visage, des palpitations cardiaques (« ça cogne là-dedans », disait un malade en montrant sa poitrine), une tachycardie avec augmentation de la tension artérielle, sont les seules manifestations somatiques. Nous n'avons que rarement observé l'angoisse préliminaire, classiquement décrite, et la décharge thymique elle-même ne fut pas constante. Mais il est préférable de l'obtenir, la guérison de l'accident moteur ayant été plus rapide dans ce cas.

Cet orage thymo-végétatif dure une demi-heure à une heure environ. Il est indispensable que le médecin soit présent pendant toute la durée de celui-ci et l'utilise pour pratiquer avec flamme l'invigoration psychothérapique. C'est le côté un peu pénible de la méthode, le médecin semblant se donner alors des gants de charlatan. Le malade est dans un état d'excitation euphorique dont il faut profiter pour lui faire pratiquer les mouvements jusqu'alors impossibles, ou lui faire constater la disparition des tremblements ou tics qu'il présentait auparavant. Cette guérison lui a été promise lorsqu'on lui a proposé le choc amphétaminique, rappelée lorsqu'on a préparé et pratiqué l'injection de Maxiton, elle doit être démontrée maintenant.

— Chez les « paralytiques », on affirme au malade que le mouvement est possible. Il parvient alors généralement à l'ébaucher ; puis on le lui fait recommencer, soulignant ses progrès d'exclamations, d'encouragements enthousiastes, appuyant en quelque sorte l'excitation psychomotrice due à la drogue, de tous les artifices des « supporters » sportifs. La présence de plusieurs médecins ou infirmières peut aider à créer

cette ambiance. Un véritable enthousiasme est ainsi infusé au malade, qui joue un grand rôle dans la guérison.

— Chez les bègues, même façon de procéder. Le malade sera invité à lire, à déclamer, et ses progrès seront soulignés de commentaires flatteurs. On pourra conseiller au malade de continuer ses exercices vocaux après le départ du médecin, voire dans les heures ou les jours suivants.

— Dans les cas de mouvements anormaux (tics, tremblements), de spasmes, de contractures, etc..., on fera constater au malade la diminution, puis la disparition du trouble, obligeant également le malade à faire effort pour obtenir ce résultat.

c) *Les suites* sont généralement simples. Une ou deux heures après, au plus tard, le malade est redevenu calme, les manifestations neuro-végétatives ayant elles-mêmes disparu, tandis que le bénéfice thérapeutique persiste. L'insomnie n'est pas rare la nuit suivante. On peut la prévenir par la prescription d'hypnotiques (barbiturique par exemple). Nous avons observé dans un cas le remplacement de l'accident pithiatique guéri, par un autre (obs. VI), lui-même régressif. Nous étudierons plus loin les résultats thérapeutiques proprement dits. S'ils sont nuls, ou seulement partiels, ou si la récidive apparaît, on pourra recommencer les chocs, dès le lendemain ou — mieux — le surlendemain. Un de nos malades en eut deux par semaine pendant un mois.

C) Incidents. - Accidents. - Contre-indications.

Nous n'avons observé dans notre pratique personnelle ni accidents immédiats ni accidents retardés, en particulier dans le domaine neuro-végétatif, cardio-vasculaire, rénal. Mais nos malades étaient des sujets jeunes, généralement robustes, et en tous cas, indemnes d'altération viscérale, même discrète. Pour l'un d'eux, épileptique post-traumatique, l'indication thérapeutique avait été longuement discutée, d'autant que la cure dut être poursuivie assez longtemps (obs. VII). Deux crises Bravais-Jacksoniennes (l'une avortée) se sont produites à

cette époque, dont l'amphétamine n'est pas certainement responsable. La prescription de barbiturique fut augmentée et il n'y eut plus aucun incident.

La toxicomanie amphétaminique, sur laquelle on met très justement l'accent à notre époque, ne semble pas devoir être redoutée ici, dans les conditions « paroxystiques » où la drogue est employée.

Nous pensons qu'il faut seulement insister sur l'importance du désordre neuro-végétatif critique que nous avons souligné, sur son retentissement cardio-vasculaire, en particulier. Chez un de nos malades, la tension artérielle passa à chaque choc amphétaminique, de 12/7 avant l'épreuve, à 24/12 tout de suite après l'injection. Elle est à 20/10 une demi-heure après et ne se normalise qu'au bout de deux heures. Certes, la poussée hypertensive est habituellement moins importante ; il n'empêche que ce risque doit être connu et que la tension artérielle, le cœur, le fond d'œil (avec prise de la tension artérielle rétinienne), les urines et l'azotémie du malade, doivent être étudiées avant de poser l'indication du choc amphétaminique. Un électro-cardiogramme pourrait même être systématiquement pratiqué. Ces précautions sont, en somme, semblables à celles que l'on doit prendre au cours de la cure de dégoût éthylique par le « choc rouge », voisin du choc amphétaminique dans sa première phase.

La méthode sera formellement contre-indiquée chez les hypertendus artériels, les artério-scléreux, les endocriniens (Basedow), les neuro-toniques (grand déséquilibre neuro-végétatif), les alcooliques, dans tous les cas de tare viscérale quelconque et chez les sujets âgés.

Chapitre IV

OBSERVATIONS

Observation I

S... (Jean-Jacques), entre dans le Service d'ophtalmologie en septembre 1953 pour blépharospasme apparu il y a huit jours. L'ophtalmologiste constate l'intégrité de l'appareil oculaire, et nous adresse le malade pour traitement psychothérapique.

Nous sommes en présence d'un jeune marin de 18 ans, élève à l'Ecole des timoniers de Toulon, qui présente, en effet, un tic palpébral bilatéral. Celui-ci est apparu il y a huit jours, c'est-à-dire au moment précis où, radié du corps de fusilier parce que présentant un « raccourcissement de la jambe droite (?) », l'intéressé arrivait à l'Ecole de Timonerie pour apprendre la nouvelle spécialité vers laquelle on l'orientait. Il nous précise qu'il est très satisfait de ce changement, qu'il préfère devenir timonier que fusilier, qu'il a hâte de commencer ses études.

Mais l'apparition brutale de ce tic compromet le devenir de celles-ci, puisqu'il ne peut plus « prendre au Scott » (c'est-à-dire intercepter les signaux lumineux).

Dans ses antécédents personnels, on trouve, vers 6-7 ans, un tic analogue, qui avait duré quinze jours au moins, et dont les conditions d'apparition et de disparition sont oubliées du malade. Pas d'autre antécédent pathologique (nerveux et somatique) connu. Rien à retenir non plus du point de vue familial.

L'examen clinique du système nerveux est négatif ainsi que les examens biologiques pratiqués. Le test de Rorschach (docteur Boisson) dénote une extrême labilité affective, avec fort retentissement sur les fonctions intellectuelles. Inhibitions nombreuses. Production médiocre. Structure nettement névrotique.

L'électro encéphalogramme pratiqué le 28 août 1953 indique ceci :

Les tracés de repos comportent un rythme de fond 10 c/s, bilatéral, symétrique et synchrone, donnant une bonne réaction d'arrêt. Quelques ondes *théta* isolées interfèrent avec ce rythme de fond. Pas d'anomalie électrique paroxistique ou en foyer. L'épreuve de l'hyperpnée augmente, à partir de la deuxième minute, la composante lente des tracés, qui deviennent le siège, vers la troisième minute, d'une dysrythmie lente *théta*, puis *delta*, occupant tout le scalp et s'éteignant de suite lorsqu'on cesse l'épreuve.

Conclusion : ces tracés témoignent seulement d'une grande labilité diencéphalique.

Le 17 août 1953, une narco-analyse au pentothal provoque une excellente abréaction à 8 cc. Jean-Jacques revit l'épisode antérieur qui aurait été provoqué par une exposition au soleil. Il se souvient de son début, à la baignade. Il avoue maintenant regretter de n'avoir pu être fusilier. Il désire réussir dans sa nouvelle spécialité de timonier, mais redoute d'en être empêché par son tic.

Pas de conflit instinctivo-affectif mis à jour. Quelques soucis d'ordre familial, relatifs aux grèves qui ont lieu à ce moment-là et qui risquent de compromettre la carrière de son père, employé aux P.T.T. Une tentative de psychothérapie n'a aucun effet sur le tic. *Un premier choc amphétaminique* est tenté le lendemain avec une ampoule de 10 mg. de Maxiton fort intraveineux, selon la technique habituelle. Dès la fin de l'injection, le malade, très excité, parle avec une volubilité qui contraste avec la réserve qui lui était habituelle. Il nous raconte, sans aucune sollicitation de notre part, son enfance, les brimades dont il a été l'objet de la part de ses camarades d'école. Il extériorise, en pleurant à chaudes larmes, de nombreuses idées de persécution : il a toujours été trompé, brimé ; ses chefs, les médecins et les psychiatres lui ont menti et compromettent son avenir. Ces idées de préjudice et cette frustration sont sous-tendues par un complexe d'infériorité, relatif à ses capacités psychiques et somatiques. Il y a inhibition sexuelle.

Pendant près d'une heure, le malade continue à pleurer à chaudes larmes, pousse des cris de désespoir qui ameutent tout le service. Nous ne le calmons qu'à grand'peine, navrés par ailleurs de voir le tic palpébral persister.

Le lendemain, cependant, on constate que le tic palpébral avait disparu.

Le malade est gardé encore une dizaine de jours dans le service et proposé ensuite pour la résiliation de son engagement. En effet, ce tic, maintenant guéri, apparaissait sur un fond de grande instabilité émotive, d'immaturité affective, avec complexe d'infériorité, idées de frustration et de préjudice, bref, une fragilité psychique incompatible avec la vie militaire et maritime. Quelques jours après, d'ailleurs, le malade devait à nouveau faire un séjour dans le service : très tourmenté par son élimination de la Marine, qu'il n'osait avouer à sa famille, il avait présenté une nouvelle série de crises névropathiques, qui nous confirmèrent dans notre décision militaire.

En résumé. — Guérison d'un tic palpébral par un seul choc amphétaminique. Persistance d'une structure fortement névrotique ayant déterminé ultérieurement d'autres manifestations paroxystiques.

Observation II

Pierre M..., âgé de 19 ans, matelot mécanicien du bâtiment de ligne « Richelieu », est hospitalisé par le médecin de cette unité pour « tics de la face et de l'épaule gauche », le 23 janvier 1953. C'est un jeune engagé qui a déjà près d'une année de service et dont les tics qui motivent son hospitalisation existeraient, selon lui, depuis son enfance. Il s'agit de mouvements brusques, involontaires de l'épaule gauche, répétés plusieurs fois de suite et réalisant une extension-abduction du bras. Parfois s'associent à ces mouvements une crispation de l'hémiface gauche avec clignement des paupières. Ces mouvements sont plus ou moins fréquents, suivant l'état d'énervement, d'émotivité du sujet. Ils se sont particulièrement aggravés

depuis son embarquement sur le « Richelieu », où il est l'objet des moqueries de plusieurs camarades et peut-être même des brimades d'un sous-officier. Ils se produisent immanquablement sur les rangs, durant une inspection ou une revue, alors que Pierre essaie de toutes ses forces, au contraire, de maintenir un garde-à-vous impeccable. Il a même été sanctionné à plusieurs reprises : les caractères de ce tic ayant été interprétés par ses chefs militaires comme un coup de coude et un clin d'œil complice, ou moqueur, adressés au voisin pour attirer son attention et dissiper ses camarades. Et c'est pour échapper à de nouvelles punitions qu'il est allé consulter le médecin du bord, quoiqu'il soit plutôt disposé à cacher son infirmité et qu'il doute fort des traitements qui pourraient lui être faits. Il a, en effet, déjà été traité à Saint-Nazaire par narco-analyses, sans aucun bénéfice.

Examen.

Il s'agit d'un homme de grande taille, sportif et de constitution athlétique, dont l'état général est excellent (il mesure 1 m. 78 et pèse 80 kgs).

Au point de vue somatique, on note seulement une discrète asymétrie des épaules, due à la présence d'un gros cal à l'union du tiers moyen et du tiers externe de la clavicule gauche, séquelle d'une fracture de cet os, survenue en 1949. Il n'existe aucun signe neurologique en dehors des mouvements anormaux décrits plus haut et qui surviennent assez fréquemment pendant l'examen.

Au point de vue mental, le sujet est renfermé, réticent, très gêné d'avoir à parler de son infirmité et d'être interrogé sur la genèse de celle-ci. Il fallut plusieurs entretiens pour parvenir à le mettre en confiance et obtenir sur ses antécédents personnels et familiaux des renseignements intéressants.

Antécédents.

On ne retrouve pas, dans l'enfance du sujet, de maladie organique, de convulsions, d'énurésie. Ce n'est qu'à l'âge de 16 ans, en 1949, qu'il est victime d'un accident de bicyclette : chute violente, entraînant un coma qui aurait persisté deux jours, pas de fracture

du crâne, mais fracture de la clavicule gauche. Le sujet affirme que les tics de l'épaule sont antérieurs à ce traumatisme et que celui-ci ne les a pas aggravés. Il était, auparavant, inquiet et insomnique et avait dû être traité par des sédatifs nervins et même par narco-analyse.

Son développement physique et intellectuel paraît avoir été normal (C.E.P. et C.A.P.). Pas d'antécédent de gaucherie contrariée. Il semble que l'importance des tics (et peut-être même leur existence) datent de la mort de son père, survenue accidentellement alors qu'il avait 10 ans. A cette époque, sa mère dut, en effet, placer l'enfant en pension (ainsi que ses quatre frères et sœurs), et il y est demeuré jusqu'à l'âge de 16 ans, sans interruption. Même pendant les vacances, il ne revient pas chez lui : il est hébergé, soit par des cousins, soit, plus tard, par ses frères et sœurs aînés. Devenu grand adolescent, il occupe ses congés comme moniteur de colonie de vacances. Quoiqu'il soit réticent sur ce point, il semble que Pierre ait regretté pendant longtemps de ne pas aller chez lui comme les autres, pendant les vacances, puis il s'est progressivement habitué à « scotomiser » son foyer familial.

En 1949, sa mère se remarie (Pierre a 16 ans). Il adopte vis-à-vis de celle-ci une attitude indifférente et cherche visiblement à éluder ce sujet.

Cette situation familiale de l'enfance, gravement conflictuelle, nous paraît pouvoir être à l'origine des accidents moteurs actuels, d'autant que les examens complémentaires sont normaux (sérologie négative, liquide céphalo-rachidien normal, rien dans les urines, divers dosages chimiques dans le sang normaux : urée, glycémie, calcium...), fond d'œil normal, radiographie du crâne sans préparation et pneumoencéphalographie à l'oxygène absolument normales, ainsi que la cytologie et l'albumine des prélèvements liquidiens étagés.

L'électro-encéphalogramme est sensiblement normal : rythme de fond *alpha* 9.10 c/s bilatéral, symétrique, synchrone, réagissant bien à l'ouverture des yeux. Discrète participation *théta*, à 7 c/s, en

région moyenne. Pas d'anomalie focalisée. L'épreuve de l'hyperpnée est sans effet (E.E.G. nº 245).

On pratique donc une narco-analyse qui n'apporte rien de nouveau et qui n'a aucun effet thérapeutique, malgré une psychothérapie persuasive.

Le 30 janvier 1953, *premier choc amphétaminique* (Maxiton fort, 1/2 ampoule, selon la technique et avec la préparation et la psychothérapie habituelles). L'importance des tics diminue dans les heures qui suivent, mais l'amélioration ne dure pas.

Deuxième choc amphétaminique le surlendemain : peu ou pas de réaction organique. On poursuit la psychothérapie. L'évocation du sentiment de frustration affective d'origine maternelle déclenche quelques larmes. Ce défoulement semble confirmer l'origine des tics, ainsi que l'aspect triste et fermé de son visage. De fait, après ce deuxième choc amphétaminique, les mouvements anormaux ont disparu à peu près complètement. Il ne persiste qu'une ébauche discrète de crispation faciale. Le malade peut sortir après plusieurs séances de psychothérapie et on lui laisse reprendre son service, mais dans un cadre différent (service à terre).

Il revient malheureusement, huit mois après, le 22 octobre 1953, parce que les tics ont repris depuis quinze jours. On ne trouve pas d'élément psychosomatique susceptible d'expliquer cette récidive et l'on reprend la thérapeutique antérieure : deux chocs amphétaminiques et psychothérapie : nouvelle amélioration, comparable à la précédente, permettant au sujet de reprendre ses activités militaires.

En résumé. — Tics de la face et de l'épaule gauche, d'origine névrotique ancienne, et n'ayant bien cédé qu'à des chocs amphétaminiques. Récidive et nouvelle amélioration.

Observation III

Jeune engagé de 18 ans, secrétaire au 4e régiment d'Infanterie Coloniale, que nous envoie le médecin major de cette unité, pour un « bégaiement d'origine émotive », datant de deux années, mais

considérablement aggravé depuis trois mois, c'est-à-dire depuis l'arrivée au service de cette jeune recrue.

Il s'agit d'un jeune homme manifestement très timide, avec lequel le contact est difficile, mais qui, mis en confiance, devient alors intarrissable. Il raconte, en bégayant, l'histoire suivante :

En décembre 1951, il perd sa grand-mère qu'il aimait beaucoup et en conçoit un grand chagrin. Contraint de participer à la veillée funèbre, il en est très ému et demeure trois ou quatre jours dans un état de mutisme absolu, avec impossibilité d'articuler le moindre mot. Il doit alors interrompre ses études (enseignement primaire supérieur et préparation à l'Ecole Normale), ne parvenant, pendant trois semaines, qu'à bredouiller difficilement quelques mots. Puis il s'améliore peu à peu et en arrive à l'état actuel :

— Au repos, en conversation calme, à voix faible, il prononce sans difficulté quelques petites phrases courtes ;

— Mais le bégaiement apparaît dès que le ton s'élève, que le malade se passionne pour ce qu'il dit et croît proportionnellement à l'importance de l'interlocuteur, jusqu'à le contraindre au mutisme absolu. C'est ce qui explique l'aggravation de la maladie depuis que le sujet est militaire, les sous-officiers et, à plus forte raison, les officiers l'impressionnant beaucoup.

Pas d'antécédents familiaux connus.

N'a jamais été malade en dehors d'autres manifestations émotives : mouvements anormaux de la face, présentés vers 13-14 ans et traités alors par Alepsal, Novobrol... Il semble qu'il se soit agi de tics, diagnostic porté d'ailleurs par les médecins consultés alors.

Il est droitier.

Examen.

Garçon normalement constitué, ne présentant aucun stigmate de dégénérescence, et dont l'examen somatique reste sensiblement négatif. A noter cependant, au point de vue neurologique, une hyperesthésie cutanée généralisée, une vivacité des réflexes tendineux et un petit Chvosteck à l'hyperpnée.

Les examens biologiques n'apportent aucun renseignement intéressant (B.W. négatif, calcémie à 124 mg./l. ; azotémie normale, urines normales).

Au point de vue mental, les facultés intellectuelles sont sensiblement normales, mais le sujet présente une hyperémotivité manifeste et de l'immaturité affective.

Plusieurs tentatives d'entretien ne permettent pas de préciser la nature du conflit en cause et n'ont aucun effet thérapeutique.

On pratique un électro-encéphalogramme le 22 août 1953 (n° 542) : tracés plats, désynchronisés et polyrythmiques enregistrés de façon défectueuse, chez un sujet tendu et anxieux. Il existe dans les régions postérieures un rythme de fond à 9 c/s et quelques activités plus rapides en avant. Mais l'élément le plus fréquemment et le plus abondamment rencontré appartient à la bande de fréquence *théta* (6.7 c/s) d'où l'aspect d'un tracé ralenti dans son ensemble. L'épreuve de l'hyperpnée accentue encore cette participation *théta* sans faire apparaître de grapho-éléments nouveaux. Conclusion : tracés synchronisés ; importance de l'élément *théta*, pouvant correspondre à une immaturité neuronique, mais qui se voit aussi chez les névropathes.

Le 24 août 1953, on fait une *narco-analyse au pentothal*. Excellente abréaction. Le sujet raconte qu'il avait toujours désiré être instituteur et qu'il est « catastrophé « (*sic*), du fait de son infirmité, de ne pouvoir mener à bien le projet. Il signe un engagement-refuge dans l'armée, mais sa timidité et ses « complexes » (*sic*) l'inhibent davantage encore, surtout en présence de gradés et d'officiers.

Interrogé, sous narco-analyse, sur les relations précises qu'il avait avec la grand-mère dont la mort déclencha son bégaiement, Gérard précise qu'il était pensionnaire chez elle à la ville, ses propres parents, modestes journaliers, habitant la campagne. A sa mort, il croit perdre alors la possibilité de continuer ses études, et il semble bien que ce sentiment l'impressionne bien davantage que la veillée funèbre en elle-même.

Essai de psychothérapie avec tentative d'explication du mécanisme de ce complexe de frustration. Echec.

On tente alors, le lendemain, un premier *choc amphétaminique* (injection intra-veineuse d'une ampoule de Maxiton fort), avec invigoration énergique :

— D'abord, avant l'injection, on lui explique que grâce à ce produit, il retrouvera la stabilité de sa voix et sera très rapidement débarrassé de tout bégaiement.

— Pendant et après l'injection, on l'encourage : « Vas-y, maintenant tu vas pouvoir parler normalement, essaie donc... » Le malade parle en effet sans hésitation. On lui fait déclamer des tirades entières du *Cid*, des poèmes de Victor Hugo, en appuyant ces exercices vocaux d'encouragements : « Mais c'est parfait, tu vois, tu parles très bien... »

Au bout d'une demi-heure, on conseille d'arrêter les exercices, en affirmant que le succès qu'il constate et dont il est lui-même ébahi, persistera.

Dans l'après-midi, nous le rencontrons dans le jardin de l'hôpital, un roman à la main, et déclamant à haute voix. Il nous signale en passant qu'il est fort satisfait de ses progrès.

Le lendemain, à la visite, on constate que le bégaiement n'a pas complètement disparu, mais est très diminué.

Deuxième choc amphétaminique, de la même façon, le surlendemain, suivi des mêmes exercices.

Troisième choc amphétaminique deux jours après, le 28 août 1953. Désormais, le bégaiement a complètement disparu et la guérison durera de façon persistante. On le garde encore une semaine à l'hôpital, en surveillance, puis on le renvoie à son corps, où la guérison fait l'étonnement de ses camarades de chambrée. Malgré les quolibets de ceux-ci, elle se maintient tout un trimestre, c'est-à-dire jusqu'au départ de Gérard pour la Colonie, d'où nous n'avons pas reçu de renseignements le concernant.

En résumé. — Guérison par chocs amphétaminiques d'un bégaiement établi depuis deux années, et d'origine névropathique manifeste.

Observation IV

Guy H... est hospitalisé le 4 juin 1953 en neurologie pour monoplégie droite, avec symptômes douloureux. C'est une jeune recrue du 4e R.I.C. âgée de 18 ans, engagé volontaire et non encore incorporé. Le médecin major de son régiment l'envoie à l'hôpital pour décision sur aptitude au service militaire.

Le malade, complètement paralysé du membre inférieur droit, nous raconte lui-même que cette monoplégie droite s'est brutalement installée hier soir. Alors qu'il était assis sur un banc, assistant à l'instruction militaire théorique, il a brusquement ressenti une vive douleur dans l'épaule droite. Il se lève pour se frotter l'épaule, il « se sent mal » (lipothymie?). Ses camarades lui conseillent alors de se coucher sur le banc, et il leur obéit. Mais il s'aperçoit alors qu'il lui est impossible de se relever : son membre inférieur droit est paralysé.

Le personnel du service de santé, appelé sur les lieux, le transporte à l'infirmerie. Il a une monoplégie crurale droite, mais s'y associe une anesthésie au tact et à la piqûre sur toute l'étendue de ce même membre. Il souffre quand on veut le mobiliser, et aurait même des crampes.

Mais le malade n'est pas inquiet, habitué qu'il est à des manifestations pathologiques de cet ordre. Il nous raconte en effet qu'il avait eu une première paralysie des jambes, puis des bras, à l'âge de 15 ans. « Tout cela a remonté » et « il ne restait plus que la tête non atteinte ».

Le médecin qui le soignait a parlé de rhumatisme articulaire aigu (affection dont sa sœur était atteinte à cette époque), mais — à la différence de celle-ci — il n'avait aucune articulation tuméfiée.

Depuis cette première « attaque » (qui mit trois mois à guérir), il en a eu d'autres, atteignant l'un ou l'autre de ses membres inférieurs, d'abord tous les mois, puis une fois par an environ. Ces monoplégies cèdent en un temps variable, de deux à quinze jours.

Au centre d'apprentissage de Vitry-le-François, où il était élève, lors des premières attaques, on le tenait pour un « fumiste » et ce

jugement téméraire l'affectait beaucoup. Pas d'autre accident personnel connu.

Son père est bien portant, sa mère diabétique, une sœur a un R.A.A. Ses quatre autres frères et sœurs sont bien portants.

Examen.

Le sujet est calme, confiant dans l'évolution favorable (plus ou moins rapide) de sa maladie. Bon état général, gorge rouge. Serait apyrétique.

Examen du système nerveux :

— *Au membre inférieur droit* : troubles moteurs ; le malade affirme ne pouvoir réaliser aucun mouvement actif. Si l'on mobilise passivement ce membre, on constate une raideur qui paraît due, non à une hypertonie pyramidale, mais à une résistance opposée, plus ou moins consciemment, par le malade. (Il accuse des douleurs au moment de la mobilisation du membre.) De même, si on abandonne sa jambe en flexion sur la cuisse, on la voit reprendre peu à peu sa place primitive, en extension.

Signes de Barré et de Mingazzini très fortement positifs à droite. Pas de mouvements anormaux, pas de syncinésies.

— *Réflectivité* : les réflexes *tendineux* (rotulien, achiléen) sont égaux à leurs homologues du côté gauche.

Pas de clonus du pied, ni de la rotule. Pas de trouble de réflexes ostéo-périostés. Ni Mendel, ni Rossolimo, Pas de Gordon, ni d'Oppenheim.

Cutané plantaire en flexion des deux côtés.

Cutanés abdominaux : très vifs à droite (l'ombilic chasse l'épingle). Partiellement abolis à gauche.

— *Troubles sensitifs* : abolition de toutes les sensibilités superficielles, profondes et gnosiques, à tous les modes, au niveau du membre inférieur droit, en dessous d'une horizontale passant à 4 ou 5 cm. de l'arcade crurale.

Cette anesthésie complète et totale n'a aucun caractère radiculaire ou tronculaire dans sa distribution. La sensibilité est normale partout ailleurs.

— Le *tonus musculaire* paraît normal, en dehors des mouvements passifs durant lesquels on sent cette résistance décrite plus haut, que l'on n'ose appeler hypertonie.

— Pas d'atrophie musculaire ni de troubles trophiques cutanés ou articulaires au niveau des autres membres, du tronc, de la face.

— Il n'y a pas de signe neurologique objectif : rien à signaler au niveau des paires crâniennes : les pupilles sont en mydriase, réagissant bien à la lumière ; la motricité extrinsèque des yeux est normale.

— Il n'y a pas de trouble de l'équilibration, cérébelleux ou sphinctérien.

— L'exploration rapide du psychisme ne révèle rien de grossièrement anormal. Le sujet est intelligent, il s'exprime bien, et même avec une aisance, une faconde qui ne sont pas sans étonner (malgré l'habitude qu'il a de tels accidents), chez un jeune « paralytique », que son état ne paraît nullement inquiéter.

Ces caractères psychologiques, joints aux données de l'examen somatique, évoquent un pithiatisme possible. Mais on ne trouve pas d'élément pathognomonique, ni de notion d'induction affective ou émotive dans l'apparition des troubles moteurs.

L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal. On note simplement du dermographisme.

En somme, monoplégie crurale droite brutale, récidivante, accompagnée d'une anesthésie complète (superficielle et profonde, à tous les modes), de douleurs à la mobilisation passive, et d'une conservation de réflexes ; de trophicité et de tonus normaux, chez un sujet ne présentant pas d'autre signe physique positif qu'une altération discrète des cutanés abdominaux gauches, une rougeur du pharynx, et dont le psychisme est assez particulier (euphorie).

On peut éliminer : une lésion des nerfs périphériques, qui aurait aboli les réflexes, une myélite qui les aurait exagérés ou abolis, la monoplégie crurale brutale des cardiaques, par embolie ou thrombose de l'artère cérébrale antérieure, qui réalise un tableau sensitivo-moteur voisin de celui-ci, mais ici le sujet n'est pas cardiaque et il y a dans le tableau clinique divers éléments discordants qui évoquent surtout une *monoplégie pithiatique*.

Devant la négativité des examens complémentaires, on pratique, dès le lendemain, un *choc amphétaminique* (5 juin 1953), par Maxiton fort intra-veineux, une ampoule, avec la préparation technique habituelle. Tous les mouvements du membre inférieur droit deviennent immédiatement possibles. La marche est possible dans le couloir, mais le malade allègue des douleurs et pleure à chaudes larmes, affirmant qu'il est bien un malade organique, qu'il « n'est pas un fumiste », que son père et sa sœur sont malades comme lui, qu'il veut être réformé... On a l'impression qu'on a guéri le malade malgré lui. et qu'il en est furieux. Mais la guérison se maintient néanmoins,

Il sort, quelques jours après, absolument guéri.

En résumé. — Guérison immédiate d'une monoplégie crurale pithiatique récidivante. Les atteintes antérieures avaient toutes guéri spontanément, mais dans des délais plus longs.

Observation V

Joseph B..., matelot mécanicien, âgé de 22 ans, est adressé en consultation dans le service de neurologie par les chirurgiens de l'Hôpital Sainte-Anne, pour tremblement important du membre inférieur droit empêchant la marche, chez un fracturé du bassin.

Voici son histoire : le 24 février 1953, alors qu'il était en service dans une base aéro-navale de Bretagne, ce matelot a été renversé par un camion dont une roue avant écrasa son bassin. Immédiatement hospitalisé à l'hôpital maritime de Lorient, il présente alors une petite hématurie transitoire, une contracture abdominale diffuse et une impotence fonctionnelle absolue. Les radiogrammes montrent une fracture double du bassin, sans déplacement. On le traite par immobilisation simple pendant 35 jours, avec sonde urethrale pendant 19 jours. Il est ensuite autorisé à se lever, part en convalescence en Corse, son département d'origine. Là, très peu de temps après son arrivée, apparaît une « trépidation épileptoïde » de tout le membre inférieur droit (comme l'atteste le certificat du médecin), rendant impossible la marche et la station debout. Il est alors adressé à une clinique privée d'Ajaccio où l'on pratique des infiltrations pel-

viennes de novocaïne (dans le but de baigner le foyer de fracture) et un traitement physiothérapique (?). Il ne se produit aucune amélioration, ce qui décide le médecin militaire d'Ajaccio à faire évacuer ce malade à l'hôpital maritime Sainte-Anne de Toulon, où il est admis dans les services chirurgicaux le 28 mai 1953.

Les radiogrammes pratiqués alors montrent une consolidation satisfaisante de la fracture. D'autre part, l'*apparition tardive de ce tremblement*, alors qu'il se levait et marchait déjà depuis dix jours, oriente vers une origine nerveuse (*sensu lato*) et c'est pourquoi le malade nous a été envoyé (le 12 juin 1953).

D'origine corse, et doté d'un physique fortement méditerranéen, ce malade ne tremble pas lorsqu'il se présente devant nous. Il est, par contre, affecté d'une démarche claudicante : il se dandine, n'osant appuyer son corps, en marchant, sur le membre inférieur droit. Cependant, il peut s'accroupir et, en décubitus dorsal, il peut élever volontairement son membre inférieur droit à la verticale, ce mouvement s'accompagnant d'un grand tremblement, à oscillations de plus en plus amples, réalisant une sorte de trépidation épileptoïde du membre. Celle-ci cesse dès que le malade repose son membre sur le plan du lit.

L'examen neurologique objectif est absolument négatif : ni déficit moteur, ni irritation pyramidale, ni trouble du tonus musculaire, pas de signe de Barré et de Mingazzini, pas d'altération de la formule réflexe, pas de Babinski ni de clonus.

Aucun trouble sensitif, aucun trouble de la coordination motrice par ailleurs. On pense alors à un tremblement pithiatique greffé sur une épine irritative pelvienne (contracture douloureuse du psoas, probablement). Au point de vue psychique, il existe un fond mental fruste et une immaturité affective, un déséquilibre émotionnel, dû à ce qu'il a été fortement impressionné par l'accident dont l'évocation lui est toujours très pénible. Le malade est alors admis dans le service de neuro-psychiatrie, où l'on tente d'abord un traitement par infiltrations du sympathique lombaire, par ondes courtes *loco dolenti*, sans aucun résultat appréciable.

Une narco-analyse est pratiqué le 6 juillet 1953. Excellente abréaction avec 8 cc. de pentothal. L'accident grave dont le malade

a été victime (lentement écrasé par un gros camion qui continuait à manœuvrer sans s'apercevoir de l'accident) a représenté un traumatisme émotionnel considérable, puisque, selon sa propre expression : « il assistait, en pleine connaissance, à sa dernière heure, sans pouvoir intervenir pour arrêter le mastodonte ». Cette scène est revécue, sous narco-analyse, sans que la forte charge affective et l'angoisse qui accompagnent habituellement son évocation se soient manifestées. On pousse ensuite l'injection jusqu'au sommeil. Au réveil, essai de psychothérapie persuasive : « Le tremblement a disparu, tu peux mouvoir ta jambe sans trembler... ». Echec : le tremblement a diminué, mais persiste.

On tente alors une série de chocs amphétaminiques avec invigoration psychothérapique, selon la technique habituelle. Il n'a jamais été observé de guérison complète, mais seulement une amélioration suffisante pour envoyer le malade en convalescence.

Il nous revient deux mois après, dans un état comparable à celui dans lequel nous l'avions vu quitter l'hôpital. Amélioré certes, par rapport au mois de mai, mais continuant à claudiquer légèrement et surtout à présenter ce grand tremblement lorsqu'il soulève son membre inférieur droit au-dessus du plan du lit, étant en décubitus dorsal. Son service militaire se terminant peu de jours après, le malade est renvoyé dans ses foyers.

En résumé. — Tremblement pithiatique greffé sur une épine irritative organique indiscutable (fracture du bassin), et consécutif à un traumatisme émotionnel extrêmement intense. Echec relatif de la thérapeutique amphétaminique, qui n'a donné qu'une amélioration incomplète.

Nous devons cependant réserver, chez ce malade, la possibilité d'une simulation consciente véritable, surajoutée à l'élément pithiatique. Durant sa convalescence, en effet, une infirmière du service a rencontré le malade dans un bal populaire où il paraissait marcher plus facilement qu'au cours de ses séjours hospitaliers. Ces troubles n'ont pourtant jamais donné lieu à une exploitation utilitaire.

Observation VI

Robert R..., caporal-chef, âgé de 27 ans, entre dans le service le 31 juillet 1953, rapatrié sanitaire couché d'Indochine, par le navire-hôpital « Pasteur » ; sa feuille de rapatriement porte le diagnostic de séquelles neuropsychiques de méningo-encéphalo-myélite. A son arrivée, le malade ne peut se tenir debout, encore moins marcher, et s'assied difficilement ; fatigué par le voyage, il répond mal aux questions, mais si l'on peut penser à une certaine bradypsychie, il n'y a pas de signe confusionnel. En revanche, le malade est incapable de nous raconter lui-même l'histoire de sa maladie, parce que, pendant la phase aiguë de celle-ci, il était dans un état d'obnubilation intellectuelle et qu'il n'en garde aucun souvenir précis.

Le dossier de rapatriement permet cependant de reconstituer ainsi cette histoire :

— En mai 1953, au cours d'une patrouille dans la brousse, R... aurait présenté un épisode hyperthermique (40°-41°) avec nombreux vomissements, puis perte de connaissance. Il est transporté à l'hôpital d'Hanoï dans un état comateux avec réaction méningée, pyrexie. Les examens de laboratoire permettent d'éliminer un accès palustre et l'on s'oriente vers une typhoïde que l'hémoculture ne confirme pas. La chloromycétine est cependant prescrite.

— Au coma, fait suite un état confusionnel avec agitation psychomotrice que l'on traite par abcès de fixation, réhydratation et neuroplégiques. Le liquide céphalo-rachidien comporte alors 104 éléments figurés, 0 gr. 50 d'albumine. Tous les autres examens biologiques sont négatifs. Le malade s'améliore dans le courant du mois de juin 1953, mais on constate alors une impotence motrice portant sur les membres inférieurs avec abolition des réflexes tendineux et myalgies à la pression des mollets. Aucune autre atteinte neurologique. Le diagnostic des médecins d'Indochine semble s'être orienté vers une encéphalite à virus japonais (type B). L'impotence motrice a persisté malgré l'amélioration des troubles psychiques et de l'état général, et la disparition de tous les signes infectieux.

— C'est dans cet état que le malade est rapatrié sanitaire sur le « Pasteur ». Le bilan neuropsychiatrique effectué alors met l'accent sur la bradypsychie et une viscosité mentale associée à une bradykynésie. Diagnostic : séquelles neuropsychiatriques de méningo-encéphalite.

Sur le « Pasteur », il est surtout traité comme un polynévritique (strychnine, bévitine, vitamine B 12).

Examen à l'arrivée à l'hôpital maritime Sainte-Anne à Toulon :

Nous avons déjà insisté sur l'aspect mental du malade. Il est manifestement ralenti ; il reste immobile dans son lit, s'intéresse peu à ses voisins, sans que l'on puisse parler de catatonie et d'autisme. L'aspect général est satisfaisant (68 kg. 300 pour 1 m. 70). L'examen neurologique montre :

1) Au niveau des membres inférieurs : la motricité active, passive, coordonnée est normale lorsque le malade est étendu ; le tonus musculaire est normal au repos ; les réflexes tendineux, périostés et cutanés sont normaux. Il n'y a pas de troubles trophiques ni spinctériens.

Les sensibilités superficielles sont diminuées (piqûre, tact' chaleur) sur l'ensemble des membres inférieurs, alors qu'elles sont normales partout ailleurs.

Les sensibilités profondes (osseuses, musculaires, vibratoire) sont normales. Dès qu'on essaie de faire lever le malade, les deux membres inférieurs sont animés d'un tremblement incoercible, les jambes sont arquées et le sujet finit par s'effondrer ; la marche est impossible.

2) Au niveau des membres supérieurs et du tronc, il n'y a aucun signe neurologique à retenir.

L'exp'oration des paires crâniennes est négative. Pas de signes cérébelleux. L'examen des autres appareils est négatif.

Tension artérielle au Pachon : 15-8, indice 6.

En somme, le tableau clinique actuel est celui d'une astasie-abasie pithiatique, concluait-on à l'entrée du malade dans le service, greffée probablement sur un syndrome organique méningo-encé-

phalique (peut-être même médullaire et radiculaire?), dont les résultats de l'examen liquidien pratiqué en Indochine garantissent l'authenticité, et dont il ne persiste actuellement pas de séquelles cliniques.

Le bilan biologique effectué les jours suivants est celui-ci :

— Azote sanguin : 0 gr. 40 par litre.

— Urines normales.

- Sédimentation : 8 mm.

— B.W. négatif.

— L.C.R. (ponction le 8-8-53) : normal.

On décide alors de pratiquer une série de chocs amphétaminiques. Le 13 août 1953 : *premier choc amphétaminique* (une ampoule de Maxiton fort intra-veineuse) avec la préparation technique habituelle. Pour la première fois, la marche est possible, mais demeure hésitante.

Dans les heures qui suivent, apparaissent de curieux tics de la face qui persistent toute la journée. Les jours suivants, on oblige le malade à se lever, à faire effort pour marcher, en lui démontrant que ce qu'il a pu faire pendant l'injection de Maxiton doit être réalisé à nouveau.

Les progrès sont lents.

On décide alors une *deuxième injection de Maxiton fort* le 17 août 1953, aux mêmes doses. La marche est immédiatement très améliorée et, en dix à quinze minutes, nous obtenons une marche tout à fait normale. Le malade peut même courir dans le couloir du service. C'est au pas de gymnastique qu'il regagne son lit, à l'ébahissement de ses camarades.

Dans les jours suivants, le malade sort, se promène dans le jardin : la guérison se confirme.

Le 18 août 1953, on pratique une narco-analyse, qui ne nous apporte qu'un élément nouveau, mais de grande importance diagnostique : pendant la campagne 1944-45, alors qu'il appartenait à un régiment d'infanterie coloniale en première ligne, le malade avait subi une commotion (angoisse de guerre) qui l'avait laissé sans

forces et « comme paralysé », et qui fut guérie à l'hôpital divisionnaire par psychothérapie sous pentothal.

Il n'y a pas d'autre antécédent personnel à retenir chez ce malade, en particulier pas d'éthylisme ni d'autre accident pithiatique connu. Au point de vue familial, noter que le père est décédé durant la campagne d'Afrique du Nord en 1942.

En résumé. — Il s'agissait d'une astasie-abasie pithiatique, développée à l'occasion d'une méningo-encéphalite certaine, chez un sujet qui avait déja présenté des accidents moteurs pithiatiques. Le choc amphétaminique a eu raison des troubles pithiatiques qui avaient motivé le rapatriement sanitaire du malade, demeuré grabataire malgré sa guérison organique.

Le malade quitte le service le 29 août 1953.

Des renseignements plus récents (février 1954) nous ont fait savoir que cette guérison s'était maintenue, et qu'après avoir bénéficié de ses permissions de fin de campagne, R... a repris normalement du service dans un régiment d'Infanterie Coloniale

Observation VII

(due à l'obligeance du Docteur Le Bras)

Le soldat N... (Auguste), âgé de 27 ans, est un mutilé de guerre qui entre dans le service pour « hémiparésie gauche et troubles trophiques consécutifs à des éclats d'obus intra-crâniens ». Il est pensionné à 100 % pour cette affection.

L'histoire du malade est la suivante : le 7 avril 1945, il est blessé au cours de la campagne d'Alsace. Il reçoit des éclats d'obus dans la région pariétale droite. Il raconte qu'il est resté une semaine au poste de secours dans le coma. Transporté à l'hôpital d'armée le plus proche, il y est trépané, et on lui enlève quatre éclats. Après avoir repris connaissance, il serait resté aphasique (le blessé est gaucher), aveugle, hémiplégique du côté gauche, mais il pouvait entendre et comprendre. Cet état aurait duré vingt et un jours environ, puis,

peu à peu, il aurait commencé à relever le gros orteil gauche, puis le pied, ensuite la jambe, enfin le bras.

Il fut alors évacué à Néris où il resta du 1er au 31 mai 1945. A cette époque, il pouvait marcher, parler et déplacer à peu près normalement ses bras, mais avec moins de force cependant du côté gauche. Il présentait, par contre, une hémianesthésie quasi totale gauche, avec hyperesthésie du côté droit. Seule persistait une certaine sensibilité des extrémités digitales gauches (thermo-algésie grossièrement conservée, mais disparition totale de la sensibilité superficielle) avec maladresse des doigts.

Le 1er juin 1945, il rentre chez lui. En fin 1945, apparaissent les premières crises comitiales. Une nuit, il est pris d'un véritable état de mal, qui est traité par 0,60 gr. de gardénal injectable. Il est stabilisé ensuite à une crise en moyenne par quinzaine, mais se plaint d'être abruti par les grosses doses de gardénal qu'il doit ingérer.

Le 12 mars 1946, il est hospitalisé à l'hôpital militaire de Montpellier pour expertise. Il est d'abord réformé à 35 %, puis, après constatation des crises comitiales, un nouveau taux de 100 % lui est attribué avec la mention suivante : « Crises comitiales fréquentes, troubles du caractère, corps étrangers dans la zone cérébelleuse et pariétale droite, hémiparésie gauche en aggravation, rétrécissement du champ visuel des deux yeux. » Le blessé reste dans cet état jusqu'en 1951. Il est incapable de travailler et vit entièrement à la charge de ses parents.

Le 9 décembre 1951, une nouvelle crise comitiale apparaît, suivie d'hémiplégie totale du côté gauche avec hémiasomatognosie : « Il perd son bras et sa jambe gauches dans son lit, il est obligé d'aller à leur recherche. Il pose son bras gauche quelque part, puis il l'oublie. »

Il reste trois semaines dans cet état, mais apparaît ensuite une recrudescence des crises, qui prennent le caractère Bravais-Jacksonnien.

En décembre 1952, il se fait hospitaliser à l'hôpital Sainte-Anne à Toulon, dans le but d'être traité et, éventuellement, de faire

augmenter son taux de pension. A ce moment, l'état général est le suivant :

Hémiparésie gauche du type cortical, prédominant au membre supérieur gauche. Il marche en fauchant. Il ne peut mobiliser son bras gauche, qui est contracturé en flexion.

Hémianesthésie : du type cortical, surtout superficielle, avec conservation de la sensibilité profonde et osseuse. Dans le but de déceler les premiers signes de guérison, le malade surveille lui-même cette anesthésie, en se brûlant à la cigarette, comme nous l'avons constaté. Cette hémianesthésie intéresse toute la partie gauche du corps et touche fortement le sens stéréognosique et le sens des attitudes.

Les *troubles trophiques* sont importants. L'amyotrophie est surtout nette au membre supérieur, mais intéresse également les muscles du membre inférieur, du tronc, de l'épaule et du cou (scapula alata gauche avec petite scoliose compensatrice). Enfin, amyotrophie des espaces intercostaux.

Les troubles vasculaires sont nets au membre supérieur gauche : main gauche froide, œdématiée par moment, et violacée.

Pas de troubles sphinctériens.

Les réflexes rotuliens sont abolis des deux côtés. Les cutanés abdominaux sont abolis à gauche. Il existe une parésie faciale gauche de type central avec intégrité apparente des muscles de l'œil, une paralysie du spinal gauche et enfin un rétrécissement du champ visuel temporal gauche, pour lequel on envisage un taux d'invalidité de 20 %. Par ailleurs, aucun autre trouble neurologique ; l'examen somatique général est pratiquement négatif.

Le résumé clinique rédigé à cette époque, conclut à une importante lésion corticale par éclats d'obus multiples au niveau de la région rolandique droite, se traduisant par de l'hémiparésie gauche, une hémianesthésie et un rétrécissement du champ visuel. Une réserve est faite cependant, et on pense à une majoration pithiatique des troubles ressentis.

La radiographie confirme la présence d'un volet de trépanation fronto-pariétal droit de 6 centimètres de longueur, sans signe

d'ostéite, avec présence de trois corps étrangers intra-cérébraux, dont deux dans la région occipitale et le troisième dans la zone pariétale droite.

L'électro-encéphalogramme, fait le 26 décembre 1952, montre des tracés constitués d'un rythme de fond subalpha à 8,9 c/s, ample, bilatéral, symétrique, synchrone, réagissant bien à l'ouverture des yeux. Il existe fréquemment des hypersynchronies de ce rythme de fond, dont certains grapho-éléments prennent alors un aspect pointu. On recueille en outre, en dérivations triangulaires, quelques pointes lentes paraissant focalisées en région moyenne droite. A noter aussi, dans cette même région, une bouffée *théta* isolée, hypersynchrone, à 6 c/s, plus nette à droite. L'hyperpnée reste sans effet notable.

Conclusion : de tels tracés, sans être caractéristiques de la condition comitiale, témoignent cependant d'une électrogénèse anormale avec focalisation des anomalies en région moyenne droite.

C'est alors que nous entreprenons un traitement d'ordre essentiellement psychothérapique, car notre attention avait été attirée par le caractère un peu geignard de ce malade, et quelques discordances de l'examen neurologique, notamment par le fait d'un brusque relâchement de la contracture supposée pyramidale, au cours de la mobilisation passive du membre supérieur gauche. Avant tout traitement, nous prenons le soin de prévenir le malade que la guérison, dont nous nous portons garant, risque d'être suivie d'une diminution de pension. Il accepte le risque, en déclarant qu'il préfère être guéri. La simulation se trouve ainsi exclue.

Nous pratiquons alors une invigoration par 1/3 ampoule de Maxiton fort, et obtenons, au cours même de la séance, une transformation réellement spectaculaire, à la fois de la paralysie du membre inférieur gauche et de la contracture du membre supérieur gauche. En fin de séance, le malade arrive à faire tous les mouvements du bras gauche, et nous parvenons à le faire courir au pas de gymnastique dans les couloirs du service.

Depuis lors, le malade a été revu périodiquement. De nouvelles injections ont été pratiquées à raison d'une ou deux par semaine

et l'on a assisté progressivement à la régression quasi totale des troubles moteurs et presque totale des troubles sensitifs.

En janvier 1953, l'hémiparésie a totalement disparu. L'anesthésie a régressé lentement à partir du moignon de l'épaule vers la périphérie. Par contre, le malade présentera chez lui, pendant le traitement, une crise d'allure nettement Bravais-Jacksoniennene qui fut suivie de perte complète de connaissance. Elle débuta par des fourmillements dans le pouce gauche, des tremblements de la main, puis une disparition de conscience. Une autre fois, au cinéma, sentant survenir la crise, il se comprime fortement le poignet gauche et arrête celle-ci. Le foyer épileptogène pariéto-rolandique continuait donc à évoluer pour son propre compte.

Dans les suites, le malade a été revu à plusieurs reprises, parce qu'il se plaignait de refroidissement des membres supérieur et inférieur gauches. Aussitôt, une série d'infiltration stellaires et lombaires gauches fut entreprise et, dès la deuxième ou troisième infiltration, l'intéressé a accusé un réchauffement rapide des membres. Depuis, seule persiste l'anesthésie complète de l'avant-bras et de la main gauches au tact, à la chaleur et à la douleur. Le malade réclame alors de lui-même « cette fameuse injection de Maxiton » qui lui avait rendu l'usage des membres gauches et la sensibilité de l'épaule jusqu'à la main gauche. On accède à son désir, et dès la première injection d'amphétamine de cette nouvelle série, il retrouve, pendant toute la journée, une certaine sensibilité de la main, sauf aux quatrième et cinquième doigts de la main gauche.

On note aussi, pendant le traitement, une amélioration progressive du champ visuel, qui s'est notablement élargi par rapport aux examens précédents.

D'autres injections consolideront le résultat acquis, mais il n'y aura jamais récupération de la sensibilité des quatrième et cinquième doigts.

En résumé. — Cette observation présente une intrication intéressante d'une hémiplégie sensitivo-motrice pithiatique et de troubles moteurs, sensitifs et trophiques de la main

gauche, des troubles du schéma corporel et une épilepsie bravais-jacksonienne due à une lésion rolandique droite. On peut faire, grâce au choc amphétaminique et à la psychothérapie, la séparation nette entre les deux processus psychique et organique.

Chapitre V

COMMENTAIRES

Ces observations nous paraissent mériter un certain nombre de commentaires, les uns cliniques, d'autres relatifs à la méthode elle-même, à ses résultats thérapeutiques, et à ce que l'on pourrait en quelque sorte appeler ses... « résultats militaires ».

I. — LA CLINIQUE

Tous nos malades étaient de jeunes gens (les plus âgés ont 27 ans, la plupart moins de 20 ans), dont l'exploration psychologique révélait une forte structure névrotique, et souvent tous les éléments classiques du « fond mental de l'hystérique ». Pour deux d'entre eux cependant (observation III et II), on ne saurait parler de pithiatisme, mais simplement de troubles névropathiques. Dans trois cas, il s'agissait d'associations hystéro-organiques (observations V, VI, VII), dont deux hystéro-traumatismes (observations V et VII). Le traitement eut d'excellents résultats dans les deux derniers cas : guérison complète dans l'observation VI, disparition de tout le « contingent » pithiatique dans l'observation VII, où l'élément organique était très important, et s'est trouvé ainsi purifié de la surcharge fonctionnelle.

Chez la plupart de nos malades, la névrose s'était déjà exprimée auparavant par des accidents moteurs, soit de même type (observations I, IV et VI), soit différents (observation III). Ceux-ci avaient été traités et guéris, ou même avaient spontanément régressés, ce qui devait *a priori* nous inciter à juger le bénéfice de notre thérapeutique avec une grande modestie.

Dans deux observations (observations II et III), de nombreux traitements avaient été longtemps appliqués auparavant, et s'étaient soldés par un échec.

Les problèmes diagnostiques qui se sont posés à nous ont été généralement simples : névrose ou organicité, névrose ou simulation. Nous avons déjà dit combien il convenait d'être minutieux dans l'analyse séméiologique, exigeant dans les investigations complémentaires, avant de s'arrêter au diagnostic de troubles fonctionnels, même si l'impression clinique a fait soupçonner la névrose dès le premier contact. L'organicité éliminée (ou réduite à ses justes proportions dans les cas d'association hystéro-organique), se pose la question de la simulation. Nous n'envisagerons pas ici les diverses conceptions théoriques étudiant la parenté entre l'accident hystérique et l'accident simulé (conceptions qui connurent récemment un regain d'actualité). Chez nos malades, la possibilité d'une simulation ne se discutait vraiment que dans les observations IV, V, VI et VII. Dans les trois premiers cas, l'attitude du malade, faite d'une passivité, d'une résignation très particulière, s'opposait à la surcharge, à l'exagération séméiologique communément rencontrée chez les simulateurs. La bonne grâce avec laquelle ils acceptaient le traitement, le succès de celui-ci et la reconnaissance ultérieure du malade, confirmèrent le diagnostic. Dans l'observation V, en revanche, un élément important de simulation était vraisemblablement en cause, comme semble le prouver l'attitude du malade hors de l'hôpital. Si nous ne l'affirmons pas, c'est parce que nous n'avons pas trouvé de motivation à cette hypothétique simulation (le sujet, qui aurait pu y prétendre, n'a même pas essayé d'obtenir une pension), et aussi parce que nous ne voulons pas paraître minimiser l'échec de la thérapeutique amphétaminée dans ce cas.

II. — LA MÉTHODE

Nous avons souligné, dans le chapitre III, la simplicité de la méthode et son inocuité, à condition que soient prises les précautions viscérales indiquées plus haut. On peut, certes,

critiquer la brutalité du « défoulement » qu'elle provoque parfois, répugner au côté un peu théâtral de cette technique. Il nous semble cependant que, tant pour le malade que pour le médecin, elle est infiniment moins pénible que la faradisation, qu'elle est en somme une méthode beaucoup plus « psychiatrique ».

« La décharge émotionnelle provoquée par l'injection intraveineuse de l'amine psychotonique engendre un besoin d'expansion favorable à la mise en œuvre de la psychothérapie », écrit J.-Cl. Dubois. De fait, outre son effet immédiat, elle ouvre largement la porte à une psychothérapie ultérieure : la guérison de l'accident moteur fait généralement impression sur le malade et facilite la tâche primordiale qui demeure pour le psychiatre : guérir la névrose elle-même.

La narcose au pentothal peut, à bon droit, paraître un moyen plus élégant, — où l'intervention du psychiatre est plus fine, plus nuancée, l'analyse psychologique plus poussée, la libération du subconscient plus rationnelle, — que la purge brutale réalisée par l'amphétamine.

Aussi n'avons-nous presque jamais utilisé le choc amphétaminique sans avoir pratiqué auparavant une narco-analyse. Sans doute somme-nous des artisans imparfaits de celle-ci ; en tous cas, le choc amphétaminique nous a donné des résultats bien supérieurs et toujours plus rapides dans le traitement des accidents moteurs hystériques. En revanche, dans les « angoisses de guerre », les névroses émotionnelles ou obsessionnelles, c'est à la narco-analyse qu'il faut s'adresser.

III. — LES RÉSULTATS

Nous n'avons pas la prétention d'apporter des résultats statistiquement valables, ni de tenter — sur sept observations — une généralisation quelconque. Il est cependant intéressant de reprendre ces résultats qui comportent :

- 5 guérisons,
- 2 améliorations, dont l'une importante (obs. VII), l'autre très partielle (obs. V).

Pour arriver à ce résultat, il a suffi d'un seul choc dans les observations I et IV, deux chocs dans les observations II et VI, trois dans l'observation III, de véritables séries ayant été nécessaires dans les observations V et VII, où une intrication hystéro-organique compliquait le problème. En cas de récidive, il faut reprendre le traitement.

Bien entendu, *guérir l'accident moteur n'est qu'un stade dans le traitement d'un pithiatique.* Modifier, normaliser l'état mental sous-jacent doit être la préoccupation majeure du psychiâtre ; or, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, le choc amphétaminique ne guérit pas celui-ci. « L'injection intraveineuse d'amine psychotonique, écrit Bertagna, ne supprime ni la tendance au pithiatisme, ni les conditions affectives qui ont abouti à l'accident moteur. Bien plus, comme cela est d'observation courante, la disparition du trouble somatique, non seulement ne supprime pas le conflit affectif, mais le renforce même dans la mesure où elle lui refuse une dérivation. »

Il serait hors de notre propos d'étudier ici le traitement de la névrose, si difficile, si décevant. Dans nos cas, d'ailleurs, des motifs d'ordre militaire ont parfois fait transgresser cette règle d'or. Chez de jeunes engagés dont les examens mettent en évidence une structure névrotique très importante, le maintien dans la Marine n'est nullement souhaitable, et c'est pourquoi notre malade n° I a été tout de suite éliminé. Le problème est différent lorsqu'il s'agit de marins ou de soldats déjà chevronnés (observation VI) ou de recrues appelées à faire leur service militaire (observation IV).

De toutes façons, on répugne à maintenir longtemps des pithiatiques dans un Service de neuro-psychiatrie militaire, surchargé par un gros courant de malades, où sont hospitalisés, pour quelqu'autre raison, des jeunes gens plus ou moins déséquilibrés, frustes ou suggestibles — proies faciles de la contagion hystérique. D'autre part, il est souvent préférable de soustraire les névropathes eux-mêmes à l'ambiance hospitalière où ils tendent à se « cultiver ».

Aussi, la phase post-amphétaminique du traitement a-t-elle souvent été écourtée, du moins en milieu hospitalier, car certains malades ont été ensuite suivis en consultations périodiques.

Les incidences militaires du traitement ne sont pas négligeables, puisque quatre de nos sept malades ont pu être retenus au Service. Parmi les trois autres, l'un était dégagé de ses obligations militaires (obs. VII), l'autre achevait alors son lien avec la Marine (obs. V), un autre fut réformé (obs. I).

Ainsi, le choc amphétaminique, s'il n'est certes pas un traitement radical ni idéal des accidents moteurs pithiatiques, s'il ne dispense nullement de traiter la névrose elle-même, tient une place de choix dans l'arsenal de la thérapeutique de l'hystérie. Il rend, particulièrement en neuro-psychiatrie militaire, des services très appréciables, mais doit être strictement réservé au milieu hospitalier.

CONCLUSIONS

1. — On entend par choc amphétaminique, l'ensemble des effets thymiques et neuro-végétatifs que provoque l'injection intra-veineuse de phényl-1-amino-2-propane dextrogyre.

2. — Il réalise un véritable « déblocage émotionnel » (Delay), mettant le sujet dans un état d'excitation euphorique qui peut être efficacement utilisé pour le traitement des accidents moteurs du pithiatisme.

3. — Il s'agit d'une méthode simple, rapide, facile à réaliser, mais qu'il faut réserver à des sujets indemnes de toute affection ou tare viscérale, et dont le diagnostic neuro-psychiatrique est certain.

4. — Les sept observations que nous avons recueillies dans le Service de neuro-psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Anne, confirment l'efficacité de ce procédé, et son intérêt en neuro-psychiatrie militaire.

5. — La guérison de l'accident moteur pithiatique n'entraîne pas celle de la névrose, dont le traitement doit demeurer la préoccupation majeure du psychiatre.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Pr le Doyen,
L'Assesseur, R. SIGALAS

Vu :
Le Président du Jury,
M. CREYX

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.
Bordeaux, le 8 Juillet 1954.

Le Recteur,
E. DELAGE

BIBLIOGRAPHIE

Babinski (J.) et Froment (J.). — *Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'origine réflexe en neurologie de guerre* (1919).

Baruk (H.). — *Précis de psychiatrie* (Masson, 1950).

— « Scopo-chloralose et accidents pithiatiques » (*La Presse Médicale*, n° 14, 6 mai 1948, p. 169-170).

Baruk (H.) et Joubert (P.). — « Action du traitement et dangers des amphétamines ou amines psychotoniques » (*Annales médico-psychologiques*, 1953, t. I, p. 305 et s.).

Bergouignan (M.). — « Indications du phényl-amino-propane dans la pratique courante » (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 15-20 mars 1944).

Bertagna (L.). — « Un traitement des accidents moteurs du pithiatisme : l'injection intra-veineuse unique d'amine psychotonique » (*Revue française de Neurologie*, t. LXXXIV, 1951, p. 174-175).

Boisseau (J.). — « Les troubles secondaires de l'hystérie » (*Annales médico-psychologiques*, 1950, t. II, p. 273-309 et 401-431).

Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux* (1872).

— *Archives des maladies du système nerveux* (1880-1881).

— *Leçons du Mardi à la Salpêtrière* (1888).

Cossa (P.). — *Thérapeutique neurologique et psychiatrique* (Masson, 1945).

Cossa (P.), Augin (P.), Chipponi (P.). — « Traitements anglo-saxons des névroses de guerre » (*La Presse Médicale*, n° 28, 15 juin 1946).

Coumel, Paraitre, Velluz et Hosotte. — « Narco-analyse d'une contracture avec tremblement » (*La Presse Médicale*, n° 62, 21 décembre 1946, p. 844).

Dalbiès (H.). — *Un nouveau médicament psycholonique : l'isomère droit du phényl-1-amino-2-propane* (thèse Paris, 1948).

Delay (J.), Pichot (P.), Romanet (B.) et Genest (R.). — « L'emploi de la méthédrine en psychiatrie » (*Annales médico-psychologique*, 1947, t. II, p. 50).

Delay (J.), Collet (G.), Silva, Pichot (P.) et Romanet (B.). — « Le choc amphétaminique dans la psychose maniaco-dépressive et dans les catatonies » (*Annales médico-psychologiques*, 1947, t. II, p. 415).

Delay (J.), Pichot (P.) et Romanet (B.). — « Le choc amphétaminique. Etude clinique » (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1948, p. 308-323).

Delay (J.). — « Le test de Rorschach après choc amphétaminique dans le diagnostic des schizophrénies » (*L'Encéphale*, 1948, II).

Delay (J.), Girard, Pichot (P.). — « Etude comparée de l'action psycho-physiologique des diverses amphétamines dextrogyres et racémiques » (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 69, 14 septembre 1948).

Delay (J.), Pichot (P.) et Sicot. — « Le traitement de certains troubles du comportement chez les débiles mentaux, par les amphétamines » (*Enfance*, 1949, n° 4, sept.-oct., p. 277-278).

Delay (J.). — « Narco-analyse et choc amphétaminique » (*Annales médico-psychologiques*, 1950, t. II, p. 186-188).

Delay (J.). — *Méthodes biologiques en clinique psychiatrique* (Masson, 1950).

Delay (J.), Pichot (P.) et Lhermitte (F.). — « Le traitement des accidents de conversion dans l'hystérie par le choc amphétaminique » (*Annales médico-psychologiques*, 1951, t. II, p. 186-188).

Delay (J.), Bertagna (L.) et Lauras (A.). — « Bégaiement hystérique ; gros ventre pithiatique ; surdité hystéro-organique ; action du choc amphétaminique » (*Annales médico-psychologiques*, 1952, t. II, p. 238-244).

Delmas-Marsalet (P.). — *Electro-choc et thérapeutiques nouvelles en psychiatrie* (Baillère, 1940).

Delmont (J.) et Vercier. — « Effets stimulants de la benzédrine dans la fatigue nerveuse et l'hypotonie neurovégétative » (*Annales médico-psychologiques*, 1937, t. II, p. 323-328).

Donnadieu (A.). — « Troubles moteurs hystériques et troubles délirants épisodiques chez les débiles mentaux » (*Annales médico-psychologiques*, 1946, t. II, p. 76).

Dubois (J.-Ch.). — « Le traitement des troubles moteurs du pithiatisme après l'injection intra-veineuse d'amine psychotonique » (*Ouest-Médical*, 10 janvier 1953).

Erb (W.). — *Traité d'électrothérapie* (1884).

Ey (H.). — « L'hystérie » (*Gazette des Hôpitaux*, n° 46, 8 juin 1935, et n° 48, 15 juin 1935).

Fribourg-Blanc et Gauthier. — *La pratique psychiatrique dans l'armée*, p. 198-199 (Lavauzelle, 1935).

Hauschild (F.). — « Pharmacologie des phénylalcoylamines » (*Arch. Exp. Path. u. Pharmacol.*, 1940).

Hesnard. — *Les syndromes névropathiques* (Doin, 1914).

Porot (A.). — *Manuel alphabétique de psychiatrie* (Presses Universitaires de France, 1950).

Porot et Hesnard. *L'expertise mentale militaire* (1918).
— *Psychiatrie de guerre* (1919).

Prinzmetal et Alles. — « The central nervous system stimulant effects of dextro amphetamine sulfate » (*Am. J. Medic. Sci.*, novembre 1940).

Régis (E.). — *Manuel pratique de médecine mentale* (1885).
— *Précis de psychiatrie* (Doin, 1914).

ROUSSY (G.), BOISSEAU (J.) et OELNITZ (M. D'). — *Traitement des psychonévroses de guerre* (Masson, 1919).

ROUSSY et LHERMITTE. — *Psychonévroses de guerre* (Masson, 1917).

SANDRAS et BOURGUIGNON. — *Traité pratique des maladies nerveuses* (1860).

SARGANT (W.), SLATER (E.) et HILL (D.). — *Introduction aux méthodes biologiques de traitement en psychiatrie* (traduit de l'anglais par P. PICHOT et M. SCHWEICH, Presses Universitaires de France, 1952).

SCHULTE, REIF, BACHER, LAWRENCE et TAINTER. — « Further study of central stimulation from sympathicimemitic amine » (*J. Pharmac. Exper. Therap.*, janvier 1941).

TARGOWLA (R.), STERNE (J.), FEDER (A.) et LOBEL (G.). — « Anesthésie intra-veineuse et exploration neuro-psychiatrique » (*La Presse Médicale*, n° 18, 20 avril 1946, p. 844).

THERMES. — *Traité élémentaire d'hygiène et de thérapeutique de l'hystérie*, 1889.

Impr. Samie Bordeaux — Dépôt légal N° 15.483 — 3e Trimestre 1954